Aus der Nervenklinik der Universität Tübingen
Geschäftsführender Direktor: Professor Dr. H. Heimann

Zwei-Jahres-Katamnesen alkoholkranker Männer und Frauen. Nachuntersuchungen der 1978 an der Universitätsnervenklinik Tübingen behandelten Patienten.

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrades
der Medizin

der Medizinischen Fakultät
(Klinische Medizin)
der Eberhard-Karls-Universität Tübingen

vorgelegt von

Reiner Wilhelm Keuerleber
aus Aich

1985

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41546522_0061

Aus der Nervenklinik der Universität Tübingen
Geschäftsführender Direktor: Professor Dr. H. Heimann

Zwei-Jahres-Katamnesen alkoholkranker Männer und Frauen. Nachuntersuchungen der 1978 an der Universitätsnervenklinik Tübingen behandelten Patienten.

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrades
der Medizin

der Medizinischen Fakultät
(Klinische Medizin)
der Eberhard-Karls-Universität Tübingen

vorgelegt von

Reiner Wilhelm Keuerleber
aus Aich

1985

Dekan: Professor Dr. H. D. Waller
1. Berichterstatter: Professor Dr. E. M. Biniek
2. Berichterstatter: Privatdozent Dr. K. Foerster

Offsetdruck Spengler
Lessingstraße 4 · 7401 Neustetten 1
Telefon (0 74 72) 2 21 45

Inhaltsverzeichnis

		Seite
1	Fragestellung	1
2	Therapieprogramm	5
3	Methodik	7
3.1	Erhebungsinstrumente	7
3.2	Erfolgsbeurteilung und Erfolgskriterien	12
3.3	Durchführung der Untersuchung	18
3.4	Statistische Auswertung	19
4	Ergebnisse	20
4.1	Zusammensetzung der Informationen	20
4.2	Zusammensetzung der Patientengruppe	21
4.3	Therapieergebnisse	27
4.4	Rückfall	29
4.5	Probleme, die die Abstinenz gefährdeten und Hilfen beim Versuch, abstinent zu leben	31
4.6	Prognostische Kriterien	33
4.7	Therapieergebnis der Patienten, bei denen zusätzlich eine medikamentöse Behandlung durchgeführt wurde	43
4.8	Spätere Entziehungskur und deren Therapieerfolg	43
4.9	Änderungen im Rauchverhalten und Therapieergebnis der Raucher und Nichtraucher	44
4.10	Therapieergebnis der Patienten, die die stationäre Therapie nicht regelrecht beendet haben	45
5	Diskussion	46
6	Zusammenfassung	58
7	Literaturverzeichnis	61

1 FRAGESTELLUNG

Die vorliegende Arbeit ist Teil einer umfassenden Reihe von Nachuntersuchungen, die an alkoholkranken Patienten der Universitätsnervenklinik Tübingen durchgeführt wurden (BAER, M., GRUNER, W., ESSER, R., HEIDE, K., LIPP, R.). Im folgenden werden Zwei-Jahres-Katamnesen aller alkoholkranken Patienten vorgelegt, die 1978 auf der Suchtstation eine Behandlung begannen.

Bei der Erhebung der Katamnesen sollten folgende Fragen beantwortet werden:

1.1 Welche Behandlungsergebnisse sind zu verzeichnen?

Die hier untersuchten Patienten nahmen an einem Therapieprogramm teil, das in seiner Art neu ist und noch nicht als erprobt gelten kann. Bisher liegen über die mit ihm zu erzielenden Behandlungsergebnisse nur vorläufige Untersuchungen vor. Es ist deswegen notwendig, die Effizienz der durchgeführten Behandlung durch Nach- und Verlaufsuntersuchungen zu belegen.

WIESER (1966) berichtet von 20 bis 30 % Abstinenter. EMRICK (1974) faßte die Behandlungsergebnisse von 265 englischsprachigen Untersuchungen zum Therapieerfolg aus den Jahren 1952 - 1971 zusammen und kommt zu dem globalen Ergebnis:

abstinent	33,8 %
kontrolliert	5,8 %
deutlich gebessert	16,8 %
leicht gebessert	27,7 %
ungebessert	32,8 %
verschlechtert	5,8 %

(Bei zahlreichen der von EMRICK herangezogenen Arbeiten waren nicht zu allen Kategorien Angaben vorhanden. Aus diesem Grund summieren sich die Prozentzahlen nicht zu 100.)

Abstinenzraten zwischen 10,5 % und 53,3 % müssen als nicht ungewöhnlich bewertet werden. AMOR et al (1976) berichten in ihrer Arbeit (RAND-Report) von 24 % Patienten, die ein halbes Jahr vor der Erhebung Abstinenz angaben. In neueren Arbeiten berichten FUNKE und KLEIN (1981) von 44,2 % sowie KRAMPEN und NISPEL (1983) von 33 - 43 % Abstinenter.

1.2 Welche Faktoren führen bei Patienten zum Rückfall, zu welchem Zeitpunkt kommt es zu diesem, wie verhalten sich die Patienten nach einem Rückfall und welchen Erfolg hat die durchgeführte Krisenintervention?

Aus der Literatur ist bekannt, daß es im ersten halben Jahr nach Entlassung zu einer besonders hohen Rate der Rückfälle kommt, die sich dann allmählich verringert und nach zwei Jahren 1 bis 2 % beträgt (GLATT 1961, WIESER 1966). Es soll untersucht werden, ob sich dieser Ablauf auch bei unseren Patienten nachweisen läßt und ob dies eventuell Auswirkungen auf die Nachbehandlung hat.

Rückfallgründe bzw. Rückfallanlässe waren in der Untersuchung von REICHEL (1981) an Ehemaligen zweier Fachkliniken für junge alkoholkranke Männer in

30,77 % soziale Gründe (Ärger/Probleme mit Ehefrau/Freundin, Trennung von Frau/Freundin, Alleinsein etc.)

29.49 % Ich-Gefühle und Grundstimmung (Angst, Nervosität, innere Unruhe, Depressionen etc.)

17,95 % Arbeitsplatz (Animierung durch Kollegen, Ärger, Streß etc.)

11,54 % Zusammenhang zur Alkoholkrankheit (Glaube, kontrolliert trinken zu können)

10,26 % äußere Anlässe (finanzielle Probleme, Führerscheinprobleme etc.).

Was führte bei unseren Patienten zum Rückfall und sind die Rückfallgründe ähnlich gelagert? Wie verhalten sich die Patienten nach einem Rückfall; setzen sie die Therapie fort und welchen Erfolg zeigt die Krisenintervention?

1.3 Welche Probleme gefährden aus der Sicht des Patienten die therapeutisch angestrebte Abstinenz und umgekehrt, was hilft dem Patienten, abstinent zu bleiben?

Das Wissen um Versuchungssituationen ermöglicht es, den Patienten schon während des stationären Aufenthaltes damit zu konfrontieren und entsprechende Verhaltensweisen zu üben. Versuchungssituationen Alkohol zu trinken waren nach REICHEL (1981) in

40,74 % sozial bedingt (z.B. Feste, Sylvester, Streit, Ärger, Alleinsein, Trennung)

32,72 % Ich-Gefühle und Stimmung (z.B. Hochgefühle, Depressionen, Wut, Streß, Langeweile, Selbstunsicherheit)

16,67 % Arbeitsplatz

5,56 % äußere Anlässe (z.B. finanzielle Probleme)

4,32 % im Zusammenhang zur Alkoholkrankheit (z.B. Verlangen nach Alkohol).

Weiß man umgekehrt, was dem Patienten hilft, abstinent zu bleiben, hat man eventuell eine Möglichkeit, therapeutisch darauf Einfluß zu nehmen.

1.4 Gibt es allgemeine prognostische Kriterien?

Folgende prognostische Kriterien, wie sie von DAVIES, SHEPHERD und MYERS (1956), MINDLIN (1959), GLATT (1961), ROBSON (1963), WIESER (1966), GERARD und SAENGER (1966), WIESER (1972), EMRICK (1975), ARMOR, POLICH und STAMBUL (1976), EDWARDS, ORFORD, EGERT, GUTHRIE, HAWKER und HENSMAN (1977), OLBRICH und WATZL (1978), MATAKAS, KOESTER und LEIDNER (1978), BINDER, HAPPE und SCHMITZ (1978), FEUERLEIN (1979) beschrieben wurden, sollen auf ihre Relevanz bei unserem Patientengut überprüft werden, soweit sich dies mit den uns zur Verfügung stehenden Daten durchführen läßt:

Welchen Einfluß hat die Teilnahme an der ambulanten Nachbetreuung für den Behandlungserfolg?

Wirkt sich der Anschluß an eine Selbsthilfegruppe positiv auf das Therapieergebnis aus, wie zum großen Teil in der Literatur berichtet, oder hat er keinen Einfluß auf das Therapieergebnis wie bei FUNKE und KLEIN (1981)?

Welchen Einfluß hat das Geschlecht auf den Behandlungserfolg? Haben Männer eine bessere Prognose?

Hat das Alter bei Therapiebeginn einen Einfluß auf die Prognose?

Bedeutet bessere Schulbildung einen besseren Behandlungserfolg?

Besteht ein Zusammenhang zwischen dem Familienstand und dem Behandlungserfolg?

Bedeutet bestehende Arbeitslosigkeit bei Therapiebeginn eine schlechtere Prognose?

Haben Gamma-Alkoholiker eine bessere Prognose als Delta-Alkoholiker?

Besteht bei spätem Beginn des Alkoholismus und kurzer Dauer eine bessere Prognose?

Wirkt sich ein Delir in der Vorgeschichte positiv auf die Prognose aus?

Verschlechtern bestehende Vorstrafen die Prognose?

Besteht bei mehreren erfolglosen Vorbehandlungen eine schlechtere Prognose?

1.5 Was ist aus den Patienten geworden, bei denen eine unterstützende medikamentöse Behandlung durchgeführt wurde?

Es soll untersucht werden, ob die freiwillige zusätzliche Therapie mit einem alkoholsensibilisierenden Medikament, das einige Patienten erhielten, einen Einfluß auf das Therapieergebnis hatte.

1.6 Wie ist das Therapieergebnis der Patienten, die sich einer weiteren Entziehungskur unterzogen?

1.7 Ändern sich die Rauchgewohnheiten?

Alkoholkonsum ist in hohem Maße mit Nikotinabusus verbunden. Kam es bei Änderungen des Trinkverhaltens auch zu Änderungen der Rauchgewohnheiten und traten Suchtverlagerungen auf?

1.8 Was ist aus den Patienten geworden, die die Therapie abgebrochen haben?

In der Literatur wird berichtet, daß Rückfälle während der Therapie und Therapieabbrüche ein schlechtes prognostisches Kriterium darstellen. Dies soll überprüft werden.

2 THERAPIEPROGRAMM

Die Therapie der Suchtstation der Universitätsnervenklinik Tübingen gliedert sich in zwei Abschnitte auf:

- stationäre Behandlung
- einjährige ambulante Behandlung.

Stationäre Behandlung:

Sie dauert sechs Wochen und dient der körperlichen Entgiftung und der Vorbereitung auf die anschließende ambulante "Nachbetreuung". Der Schwerpunkt der durchgeführten Behandlung liegt im gemeinsamen Tun und Erleben in der Gruppe. Auch konzeptionell ist die Behandlung als eine Behandlung des Patienten durch die Gruppe und nicht in der Gruppe zu kennzeichnen. Das Therapieprogramm enthält folgende Gruppenaktivitäten:

- "Therapiegruppe": Nicht strukturierte interaktionelle Gesprächsgruppe.
- "Rollenspiel": Freies und gelenktes szenisches Gestalten.
- "Informationsgruppe": Unterricht über das Krankheitsbild des Alkoholismus mit Aussprache über die angeschnittenen Themen.
- "Bewegungstherapie": Begegnung mit sich selbst und dem Anderen in der konzentrativen und spielerischen Bewegung.
- "Autogenes Training": Konzentrative Selbstentspannung auf freiwilliger Basis in offenen Kleingruppen.
- "Beschäftigungstherapie": Freie handwerkliche und gestalterische Tätigkeiten.
- "Sport": Konventionelle Ball- und Bewegungsspiele.

Weiter findet für die Angehörigen während der stationären Therapie einmal wöchentlich die "Angehörigengruppe" statt. Jede Gruppe wird von zwei Teammitgliedern geleitet, die auch während der ambulanten "Nachbetreuung" die Gruppe begleiten.

Ambulante Behandlung:

Die einjährige ambulante "Nachbetreuung" wird als wichtigster Teil der Therapie angesehen. Die Gruppe kommt einmal wöchentlich am Abend zu einer Gruppentherapiestunde zusammen. Hier können die Schwierigkeiten des Einzelnen besprochen werden, und die Gruppe kann gemeinsame Lösungsmöglichkeiten erarbeiten.

Jeder Patient verpflichtet sich zur Teilnahme an der ambulanten Behandlung. Bei mehrmaligem unentschuldigtem Fernbleiben nehmen die Therapeuten Kontakt zum Patienten auf.

Verhalten bei Rückfall:

Wird ein Patient während der stationären Zeit rückfällig, so entscheidet das Gespräch mit den Therapeuten und der Gruppe über den Verbleib in der Therapie. Bei einem Rückfall während der ambulanten Zeit hat der Patient, wenn er die Gruppenstunden regelmäßig besucht hat, die Möglichkeit zu einer stationären Wiederaufnahme im Rahmen einer Krisenintervention. Diese dauert in der Regel vier Tage.

Aufnahmekriterien:

Freiwilligkeit, Bereitschaft zur Abstinenz und Gruppenfähigkeit sind Aufnahmekriterien. Der Patient muß sich bereiterklären, ein Jahr lang an der Nachbetreuung teilzunehmen. Er sollte einen festen Wohnsitz haben, und dieser sollte nicht weiter als 50 km entfernt sein. Weiter sollte der Proband in einem noch einigermaßen geordneten sozialen Rahmen stehen. Über die Aufnahme des Patienten entscheidet ein Vorgespräch mit einem der beiden auf der Station tätigen Ärzte und einem weiteren Mitarbeiter.

Das Therapieprogramm änderte sich 1978 nicht und war für alle Patienten dasselbe.

Zusätzliche unterstützende medikamentöse Behandlung:

Einige Patienten erhielten einmal wöchentlich während der ambulanten Gruppenstunde die alkoholsensibilisierende Substanz EMD 15700/Fa. Merck (ein 4-Nitroimidazol-Derivat), die heute als "Altimol" im Handel ist. Die Einnahme sollte ein halbes Jahr lang erfolgen.

Näheres über das Therapieprogramm der Suchtstation der Universitätsnervenklinik Tübingen findet sich bei BINIEK (1980, 1983).

3 METHODIK

Bei der Durchsicht der Literatur über Katamnesen von Alkoholkranken fiel auf, daß der methodische Teil katamnestischer Arbeiten oft kritisiert wird. So weisen HILL und BLANE (1967) auf die oft fehlenden Informationen und ungenauen Daten über das Patientengut hin. Oft sei es nicht einmal möglich, die genaue Zahl der Untersuchungsgruppe herauszulesen. Unklar bleibt auch oft, auf welche Patientenzahl sich die angegebenen Prozentwerte beziehen. Manche Autoren geben auch die Zahl der nicht zu ermittelnden Patienten nicht an und beeinflussen so das Erfolgsergebnis.

Wichtig ist es auch zu erfahren, um was für eine Therapie es sich gehandelt hat. Weiter ist es wichtig, in der Untersuchung den Abstand vom Therapieende bis zur Katamnesenerhebung anzugeben. Auch sind die Mittel der Datenerhebung (zugeschickter Fragebogen, persönliche Befragung, Miteinbeziehung von Fremdinformationen) von Interesse. Alle diese Punkte werden oft nur großzügig abgehandelt und erschweren damit Vergleiche (ANTONS und SCHULZ 1976).

Bei der vorliegenden Arbeit soll nun versucht werden, die oben erwähnten Punkte genauer auszuführen. Erhebungsinstrumente, Patientengut und Katamnesenzeitraum werden genau beschrieben.

3.1 Erhebungsinstrumente

Die Daten wurden mit Hilfe eines standardisierten Interviews erhoben. Als Hilfsmittel zum Festhalten und Auswerten der Daten wurde ein Erhebungsbogen verwendet. Informationen, die über das im Fragebogen erfaßte hinausgingen, wurden in der Rubrik "Raum für Bemerkungen" festgehalten. Als Grundlage diente ein von K. HEIDE entwickelter Fragebogen, den wir im Hinblick auf uns interessierende Fragen neu überarbeitet haben. Der vollständige Erhebungsbogen ist im Anhang dieser Arbeit wiedergegeben.

Zur Datenerhebung benützten wir mehrere Informationsquellen. Es handelte sich dabei um die Krankengeschichten mit Sozialanamnese, Ambulanzkarten, die während der Nachbehandlung geführt wurden und Auskunft über die Teilnahme an den ambulanten Sitzungen, Rückfälle und Kriseninterventionen gaben, sowie um selbst erfaßte Daten durch persönliche Befragung des Patienten, seiner Angehörigen sowie des Hausarztes.

Aus der Krankengeschichte wurden folgende Daten gewonnen:

Alter zum Zeitpunkt des Therapiebeginns: Zur Beantwortung der Frage, ob das Alter ein prognostisches Kriterium darstellt.

Geschlecht: Zur Beantwortung der Frage, ob das Geschlecht ein prognostisches Kriterium darstellt.

Familienstand: Zur Beantwortung der Frage, ob eine intakte Ehe/Beziehung ein Prognosekriterium darstellt.

Wohngemeinschaft: Mit Ehepartner, bei den Eltern, mit einer festen Bezugsperson, in einer Wohngemeinschaft oder alleine.

Schulbildung: Zur Beantwortung der Frage, ob ein Zusammenhang zwischen dem Bildungsgrad und dem Therapieerfolg besteht. Folgende Kriterien standen zur Auswahl: Abitur, Mittlere Reife, Hauptschulabschluß, Sonderschulabschluß, kein Schulabschluß sowie höhere Schule ohne Abschluß.

Arbeitslosigkeit, bei Therapiebeginn bestehend oder angedroht: Zur Beantwortung der Frage, ob ein bestehendes Arbeitsverhältnis ein Prognosekriterium ist.

Alkoholrisikoberuf: Zur Charakterisierung des Patientenguts. Als Alkoholrisikoberuf wurden die von FEUERLEIN (1979) genannten Berufe gewertet. Es handelt sich dabei um Berufe, die mit Alkoholherstellung und Vertrieb zu tun haben, Angehörige von Baubetrieben, Transportberufe, alle Berufe mit niedrigem Qualifikationsniveau, Selbständige ohne feste Arbeitszeit und Mitarbeiter im Außendienst.

Schulden: Zur Charakterisierung der sozialen Situation der Patienten.

Führerscheinentzug: Zur Charakterisierung der sozialen Situation der Patienten.

Vorstrafen: Zur Beantwortung der Frage, ob Delinquenz ein prognostisches Kriterium darstellt.

Alter bei Beginn des Alkoholismus: Zur Beantwortung der Frage, ob dieses ein Prognosekriterium darstellt. Es wurden folgende Altersgruppen gebildet: Unter 20 Jahre, 20 bis 29 Jahre, 30 bis 39 Jahre sowie 40 Jahre und älter. Als Beginn des Alkoholismus wurde, sofern er in der Krankengeschichte nicht angegeben war, der Beginn regelmäßigen übermäßigen Trinkens betrachtet (Angabe aus Sozialanamnese).

Dauer des Alkoholismus: Zur Beantwortung der Frage, ob diese ein Prognosekriterium darstellt. Bei der Dauer des Alkoholismus wurde unterteilt in: Bis zu 5 Jahre, 6 bis 10 Jahre, 11 bis 15 Jahre, 16 bis 20 Jahre sowie mehr als 20 Jahre.

Alkoholismustyp nach JELLINEK: Zur Beantwortung der Frage, ob dieser einen Einfluß auf die Prognose hat. Es wurde unterteilt in Gamma-, Delta- und Gamma-Delta-Mischtyp sowie unklassifiziert.

Kontrollverlust: Zur Charakterisierung des Patientenguts. Er wurde nach JELLINEK definiert als Unfähigkeit, nach dem ersten Schluck mit dem Trinken aufhören zu können.

Delir in der Vorgeschichte: Zur Beantwortung der Frage, ob dieses die Prognose beeinflußt.

Vorbehandlung: Zur Beantwortung der Frage, ob eine bereits mitgemachte Entziehungskur ein prognostisches Kriterium darstellt. Es gab die Kategorien abgeschlossene Entziehungskur, abgebrochene Entziehungskur sowie mehrere Entziehungskuren.

Stationäre Therapie wegen Alkoholfolgekrankheit: Zur Charakterisierung des Patientenguts. Als Alkoholfolgekrankheiten wurden die von FEUERLEIN aufgezählten Krankheiten betrachtet.

Psychiatrische Hospitalisation: Zur Charakterisierung des Patientenguts.

Medikamenteneinnahme: Zur Charakterisierung des Patientenguts. Es interessierten Schmerzmittel, Tranquilizer, Schlafmittel etc.

Nikotinabusus: Zur Charakterisierung des Patientenguts und um Änderungen im Rauchverhalten feststellen zu können. Als Raucher wurde man bei mehr als zehn Zigaretten täglich eingestuft.

Rückfall während der stationären Behandlung: Zur Beantwortung der Frage, wieviele Patienten schon während der stationären Therapie einen Rückfall in Form von Alkohol- oder Tabletteneinnahme hatten.

Entfernung des Wohnorts von Tübingen: Zur Beantwortung der Frage, ob die Entfernung des Wohnorts Auswirkungen auf die Teilnahme an der ambulanten Nachbehandlung hat. Es wurde in drei Entfernungsbereiche eingeteilt: Bis 9 km, 10 bis 19 km und 20 km und mehr.

Verlauf der stationären Therapie: Zur Beantwortung der Frage, was aus den

Patienten geworden ist, die die stationäre Therapie abgebrochen haben, wurden die Patienten in Gruppen unterteilt: In solche, die die stationäre Therapie regelrecht zuende führten, solche, die sie im Einverständnis verkürzten, selbst abbrachen oder solche, die disziplinarisch entlassen wurden.

Aufteilung der Patienten in verschiedene Gruppen: Zur Dokumentation der Größe und Zusammensetzung der einzelnen Gruppen und deren Therapieergebnis.

Aus den Ambulanzkarten wurden folgende Daten gewonnen:

Angaben über Häufigkeit der Teilnahme an den ambulanten Sitzungen, entschuldigtes sowie unentschuldigtes Fehlen. Weiter waren daraus Angaben über eventuelle Rückfälle und über stationäre Wiederaufnahme zur Krisenintervention zu gewinnen. Teilnahme an mindestens der Hälfte der stattgefundenen Sitzungen sollte als regelmäßige Teilnahme bezeichnet werden. Angaben über unterstützende medikamentöse Behandlung.

Durch persönliche Befragung wurden folgende Daten gewonnen:

Art der inzwischen angenommenen therapeutischen Angebote: Zur Beantwortung der Frage, ob sich der Anschluß an eine Selbsthilfegruppe auf die Prognose auswirkt und wie das Therapieergebnis der Patienten ist, die sich einer weiteren Entziehungskur unterzogen. Weiter wurde gefragt nach psychiatrischen/psychotherapeutischen Konsultationen, stationärer psychiatrischer/psychotherapeutischer Behandlung sowie Inanspruchnahme sonstiger therapeutischer Angebote wie Hausarzt, Gesundheitsamt etc. Unter Selbsthilfegruppe wurde ein Freundeskreis oder die Anonymen Alkoholiker verstanden.

Hilfen und Probleme nach der Therapie: Zur Beantwortung der Frage, welche Probleme die therapeutisch angestrebte Abstinenz gefährden, und umgekehrt, was dem Patienten hilft, abstinent zu bleiben.
Bei den Hilfen wurden die Kategorien Familie, Beruf, Freund(in), Mitpatient(in), Selbsthilfegruppe, Religion, Freizeitgruppe/Freizeitbeschäftigung sowie Sonstiges eingeführt. Mehrfachnennungen waren möglich.
Als Problemgruppen standen Familie, Beruf, Alleinsein, Mißtrauen der Umwelt, Schwierigkeit, Alkohol abschlagen zu können, finanzielle Probleme sowie Sonstiges zur Auswahl. Auch hier waren Mehrfachnennungen möglich.

Partnerbeziehung: Der Patient konnte eine Beurteilung seiner Beziehung zum Partner abgeben, indem er Fragen zum Zustand der Beziehung vor und nach der Therapie beantwortete. Kategorien waren: Viel besser, etwas besser, gleich, etwas schlechter, viel schlechter. Weiter wurde gefragt nach Trennung/Trennungsabsicht vom Partner sowie Einstellung dazu. Der soziale Parameter "Beziehung zum Lebenspartner" sollte mit in die Erfolgsbeurteilung der Therapie eingehen.

Kontakte und Freizeitverhalten: Als weiterer sozialer Parameter, der in die Erfolgsbeurteilung mit einbezogen werden sollte, wurden hier Daten über den Bekanntenkreis vor und nach der Therapie, dessen Veränderungen, Zahl der guten Bekannten, Qualität der Kontakte, Freizeitverhalten und Fernsehkonsum erfragt und zusammengefaßt unter dem Oberbegriff "Kontakte und Freizeitverhalten". Er wurde letztendlich bewertet mit: Erheblich besser, etwas besser, gleich gut, gleich schlecht sowie mit schlechter.

Arbeitswelt: Es wurden Zeiten der Arbeitslosigkeit und deren Zusammenhang mit Alkohol erfragt. Weiter Fragen nach der Zahl der Arbeitsplatzwechsel, berufliche Probleme vor und nach der Therapie. Zuletzt Frage nach Unterstützung durch Arbeitskollegen beim Versuch, abstinent zu bleiben. Das Ergebnis dieser Fragen wurde zusammengefaßt unter der Rubrik "Gesamtbeurteilung Arbeit" und mit: Erheblich besser, etwas besser, gleich gut, gleich schlecht sowie schlechter bewertet. Auch sie sollte als sozialer Parameter Eingang in die Gesamtbeurteilung des Therapieergebnisses finden.

Gesundheitliches Befinden: Mit Fragen nach Ärger und Streitlust, Nervosität, trauriger Stimmung, Interesselosigkeit, übermäßiger Besorgnis, Beunruhigung und Ängsten sollte ein Eindruck vom psychischen Wohlbefinden des Patienten gewonnen werden. Zusammen mit Angaben zum Rauchen (weniger, gleich oder mehr als vor der Therapie) und Angaben über Medikamenteneinnahme von Schlaf-, Schmerz- und Beruhigungsmitteln sollte es auch Miteingang in die Gesamtbeurteilung finden. Eine Verschlechterung dieser Parameter sollte als Symptomverschiebung bezeichnet werden.

Alkoholkonsum nach Beendigung der Therapie: Es wurde das Trinkverhalten im Katamnesenzeitraum erfragt. Falls es zu einem Rückfall kam, der Zeitpunkt erfragt (innerhalb von einem Monat nach Beendigung der stationären Therapie, später bis zu drei Monaten, später bis zu sechs Monaten, später bis zu einem Jahr, später bis zu eineinhalb Jahren und später als eineinhalb

Jahre), um Angaben über Rückfallzeiten geben zu können. Weiter wurde erfragt, ob es bei einem Rückfall zu einer Fortsetzung der ambulanten Therapie kam. Das Ausmaß der Rückfälligkeit wurde nach folgenden Kriterien eingeteilt: Ein leichter Rückfall, mehrere leichte Rückfälle, ein schwerer Rückfall, mehrere schwere Rückfälle mit Abstinenzzeiten, Rückfall in altes Suchtverhalten und Verschlimmerung des alten Suchtverhaltens. Als Rückfallgründe konnten Arbeitsplatzprobleme, Partnerprobleme, Einsamkeit und Sonstiges angegeben werden. Mehrfachnennungen waren möglich.

Verstorbene Patienten: Falls Patienten inzwischen verstorben waren, sollte von den Angehörigen oder dem Hausarzt erfragt werden, ob der Tod im Zusammenhang mit Alkohol stand.

3.2 Erfolgsbeurteilung und Erfolgskriterien

Bei der Erfolgsbeurteilung und den Erfolgskriterien orientierten wir uns an den Arbeiten von WIESER (1966), HILL und BLANE (1967), POKORNY (1968), WIESER (1972), EMRICK (1973/74/75) sowie ANTONS und SCHULZ (1976/77).

Einteilung der Rückfälligkeit:

kein Rückfall: Patient nahm im Katamnesenzeitraum überhaupt keinen Alkohol zu sich.

leichter Rückfall: Patient trank einmalig eine geringe Menge Alkohol, wie ein Glas Sekt oder Wein, zu sozialem Anlaß oder nahm versehentlich Alkohol in Form von Eis, Schokolade etc. zu sich.

mehrere leichte Rückfälle: Patient war nie betrunken, nahm aber mehrmals kleinere Mengen Alkohol zu sich.

ein schwerer Rückfall: Patient nahm größere Menge Alkohol zu sich, die zu Trunkenheit führte. Trinkdauer bis zu mehrere Tage.

mehrere schwere Rückfälle mit Abstinenzzeiten: Es gab mehrere Perioden exzessiven Trinkens, dazwischen kamen aber längere Abstinenzzeiten vor (mehrere Monate).

Rückfall in altes Suchtverhalten: Patient hat wieder das Trinkverhalten vor der Kur angenommen.

Verschlimmerung des alten Suchtverhaltens: Es kam noch zu einer Zunahme des Alkoholkonsums und des exzessiven Trinkens.

In die Erfolgsbeurteilung der Therapie gingen folgende Kriterien ein:

- Trinkverhalten
- soziale Parameter
- gesundheitliches Befinden.

Trinkverhalten

Die Patienten wurden in folgende Kategorien eingeteilt:

abstinent: In diese Gruppe fallen alle Patienten, die überhaupt keinen Alkohol zu sich nahmen oder nur einen leichten Rückfall im Untersuchungszeitraum hatten.

"kontrolliert": Dieser Begriff wird rein pragmatisch gebraucht. Es werden damit Patienten erfaßt, die über den gesamten Katamnesenzeitraum geringe, sozial tolerierte und nicht zum Rausch führende Mengen Alkohol zu sich genommen haben.

deutlich gebessert: In diese Gruppe fallen alle Patienten, die mehrere leichte Rückfälle erlitten, und solche, die ein bis zwei schwere Rückfälle erlitten. Dazwischen kamen längere Abstinenzzeiten vor (jeweils ein halbes Jahr und länger).

leicht gebessert: In diese Gruppe fallen alle Patienten, die mehr als zwei Perioden exzessiven Trinkens (schwerer Rückfall) hatten, dazwischen kamen aber Zeiten längerer Abstinenz vor.

ungebessert: In diese Gruppe fallen alle Patienten, die einen Rückfall in das alte Suchtverhalten zeigten.

verschlechtert: In diese Gruppe fallen alle Patienten, die eine Verschlimmerung ihres alten Suchtverhaltens zeigten.

Soziale Parameter

Auch sie sollen Teil der Erfolgsbeurteilung sein, wenngleich betont werden soll, daß das Trinkverhalten das wichtigste Erfolgskriterium darstellt.

"Längere Enthaltsamkeit korreliert positiv und signifikant mit anderen Merkmalen der Remission auf psychologischem und soziologischem Gebiet, so daß sie als ein einigermaßen verläßlicher Indikator für den Erfolg oder Mißerfolg einer Therapie überhaupt gelten kann" (WIESER, 1972).
Als soziale Parameter wurden in dieser Untersuchung berücksichtigt:

- Partnerbeziehung
- Kontakte und Freizeitverhalten
- Arbeitswelt.

Partnerbeziehung

Ihre Qualität wurde in folgende Kategorien eingeteilt:

erheblich besser: Gleicher Partner, zusammenlebend, keine Trennungs- oder Scheidungsabsicht, Zustand der Zweierbeziehung im Gegensatz zu früher jetzt viel besser; oder Patienten, die vor der Kur alleine waren und jetzt einen Partner haben und damit zufrieden sind.

gleich gut: Der Zustand der Beziehung ist immer noch gut.

etwas besser: Der Zustand der Zweierbeziehung hat sich etwas gebessert, oder es wurde inzwischen eine Trennung erwogen bzw. vollzogen, und der Patient hat eine positive Einstellung dazu.

gleich schlecht: An den Schwierigkeiten in der Beziehung hat sich nichts geändert.

schlechter: Es kam inzwischen zur Trennung vom damaligen Partner, und diese Trennung wurde nicht verkraftet, oder die Beziehung besteht zwar noch, ist aber inzwischen schlechter geworden.

Kontakte und Freizeitverhalten

Ihre Qualität wurde in folgende Kategorien eingeteilt:

erheblich besser: Die Zahl und die Qualität der Kontakte ist größer geworden, und der Patient fühlt sich in seinem neuen Bekanntenkreis viel wohler. Er kann sich in seiner Freizeit besser beschäftigen.

gleich gut: Am Bekanntenkreis hat sich nichts geändert. Die Kontakte sind nach wie vor gut.

etwas besser: Die Qualität der Kontakte vor der Kur war weniger gut oder schlecht, und der Patient fühlt sich in seinem jetzigen Bekanntenkreis etwas wohler.

gleich schlecht: Nach wie vor ist die Qualitat der Kontakte weniger gut oder schlecht. Der Patient weiß sich in seiner Freizeit immer noch nicht zu beschäftigen.

schlechter: Die Kontakte haben abgenommen und sind schlechter geworden. Auch im Freizeitverhalten kam es zu einer Verschlechterung; der Fernsehkonsum hat zugenommen.

Arbeitswelt

Ihre Qualität wurde in folgende Kategorien eingeteilt:

erheblich besser: Die beruflichen Probleme haben abgenommen, es besteht keine Arbeitslosigkeit mehr.

gleich gut: Es bestehen wie vor der Kur keine beruflichen Probleme.

etwas besser: Die früher bestehenden beruflichen Probleme haben sich etwas gebessert. Arbeitslosigkeit besteht nicht.

gleich schlecht: Es besteht immer noch oder wieder Arbeitslosigkeit bzw. die beruflichen Probleme vor der Kur bestehen immer noch.

schlechter: Der frühere Arbeitsplatz ging verloren bzw. die berufliche Situation hat sich verschlechtert. Im Katamnesenzeitraum wurden mehrere Arbeitsplatzwechsel durchgeführt.

Gesundheitliches Befinden

Es sollte versucht werden, das gesundheitliche Befinden der Patienten über folgende Parameter zu erfassen:

- psychisches Wohlbefinden
- Medikamenteneinnahme
- Rauchgewohnheiten.

Psychisches Wohlbefinden

Es wurde versucht, das psychische Wohlbefinden mit Fragen nach Ärger und Streitlust, Nervosität, trauriger Stimmung, Interesselosigkeit, übermäßiger Besorgnis, Beunruhigung, Ängsten, schlechter Laune zu erfassen. Kam einer der oben genannten Punkte viel seltener als früher vor, wurde er mit einem Punkt bewertet. Kam er etwas seltener vor, mit zwei Punkten; war er gleich häufig, mit drei Punkten; kam er etwas häufiger vor, mit vier Punkten, und kam er viel häufiger vor, mit fünf Punkten. Es wurde dann das arithmetische Mittel berechnet.
Weiter ging noch die Beurteilung der Stimmung insgesamt gegenüber vor der Kur (viel besser, etwas besser, gleich, etwas schlechter, viel schlechter) in die Beurteilung des psychischen Wohlbefindens ein. Dieses wurde dann folgendermaßen beurteilt:

erheblich besser: Stimmung viel besser; arithmetisches Mittel maximal 1,4 .

gleich gut: Stimmung gleich gut, arithmetisches Mittel maximal 2,3 , Einzelbewertung maximal 4 .

etwas besser: Stimmung etwas besser, arithmetisches Mittel maximal 2,4 , Einzelbewertung maximal 3 .

gleich schlecht: Stimmung gleich schlecht, arithmetisches Mittel um 3,0 .

etwas schlechter: Stimmung etwas schlechter, arithmetisches Mittel mehr als 3,0 und maximal 4,0 .

erheblich schlechter: Stimmung viel schlechter und arithmetisches Mittel mehr als 4,0 .

Diese Bewertungsskala wurde von K. HEIDE übernommen.

Medikamenteneinnahme

Es wurde nach der Einnahme von Schlaf-, Schmerz- und Beruhigungsmitteln sowie nach anderen Psychopharmaka gefragt. Man erhoffte sich davon Aufschluß, ob deren Einnahme im Zusammenhang mit veränderten Trinkgewohnheiten stand.

Rauchgewohnheiten

Im gleichen Sinne interessierte das Rauchverhalten der Patienten. Die Patienten sollten darüber Angaben machen, ob sie weniger, gleich viel oder mehr als vor der Kur rauchen.

Bei einer Verschlechterung des psychischen Wohlbefindens (etwas schlechter oder erheblich schlechter), bei Medikamenteneinnahme in höherer Dosis, die früher nicht bestand, oder bei einer Zunahme des Zigarettenkonsums sollte dies bei bestehender Abstinenz oder Besserung des Trinkverhaltens als psychische Symptomverschiebung gewertet werden.

Aus den vorher besprochenen Parametern Trinkverhalten, Partnerbeziehung, Kontakte und Freizeitverhalten, Arbeitswelt und gesundheitliches Befinden soll sich nun das "Therapieergebnis" zusammensetzen. Noch einmal betonen möchte ich, daß das Trinkverhalten das wichtigste Beurteilungskriterium darstellt.

Therapieergebnisse

Therapieergebnis 1: Alle Patienten, die im Trinkverhalten abstinent sind, im sozialen Bereich eine Verbesserung erkennen lassen und bei denen es zu keiner psychischen Symptomverschiebung gekommen ist.

Therapieergebnis 2: Alle Patienten, die im Trinkverhalten abstinent sind, bei denen es aber im sozialen Bereich zu einer Verschlechterung gekommen ist oder eine psychische Symptomverschiebung auftrat.

Therapieergebnis 3: Alle Patienten mit "kontrolliertem", deutlich gebessertem und leicht gebessertem Trinkverhalten. Im sozialen Bereich kam es zu keiner Verschlechterung; auch trat keine psychische Symptomverschiebung auf.

Therapieergebnis 4: Alle Patienten mit "kontrolliertem", deutlich gebessertem und leicht gebessertem Trinkverhalten, bei denen es aber im sozialen Bereich zu einer Verschlechterung gekommen ist oder eine psychische Symptomverschiebung auftrat.

Therapieergebnis 5: Alle Patienten mit ungebessertem oder gar verschlechtertem Trinkverhalten. Auch inzwischen verstorbene Patienten, deren Tod im Zusammenhang mit Alkohol stand, sollen in diese Gruppe eingeordnet werden.

Therapieergebnis 0: Alle Patienten, bei denen ein Therapieergebnis nicht zu ermitteln war (nicht auffindbar, Interview verweigert und keine Angaben von Angehörigen, Ärzten etc. zu gewinnen). Sie werden als "Schwundpatienten" bezeichnet.

3.3 Durchführung der Untersuchung

Im Archiv wurden zuerst die Daten, die aus der Krankengeschichte zu erheben waren, in den Erhebungsbogen übertragen. Danach wurden die Ambulanzkarten durchgesehen und Eintragungen über die Teilnahme an der ambulanten Nachbehandlung und eventuelle stationäre Kriseninterventionen in den Erhebungsbogen übertragen. Als nächstes wurde den Patienten ein Brief zugesandt. Darin wurde ihnen mitgeteilt, daß sie in nächster Zeit ein Mitarbeiter der Klinik besuchen werde, der sich mit ihnen darüber unterhalten wolle, wie es ihnen seit Abschluß der Behandlung ergangen sei. Patienten, deren Entlassungsadresse nicht mehr mit dem jetzigen Wohnort übereinstimmte, wurden über Nachfragen beim Einwohnermeldeamt gefunden.

In der Regel fanden die Besuche dann ohne vorhergehende Terminabsprache statt. Einige Patienten riefen nach dem Erhalt des Briefes in der Klinik an und baten um einen Besuchstermin. Mit Patienten, die weiter entfernt von Tübingen wohnten und die telefonisch erreichbar waren, wurde ebenfalls ein Besuchstermin vereinbart. Bei insgesamt 22 Patienten fand das Gespräch nach einer Terminabsprache statt.

Das Interview wurde in der Wohnung des Patienten durchgeführt und dauerte in der Regel ein bis zwei Stunden. Dabei konnte man sich meist einen recht guten Eindruck von den häuslichen Verhältnissen des Patienten machen. Nach Möglichkeit sollten auch die Familienmitglieder in das Gespräch mit einbezogen werden. Dabei war uns die Problematik von Angehörigenbefragungen bewußt (GUZE et al, 1963). Der Fragebogen wurde teils gesprächsbegleitend, teils im Anschluß an das Gespräch vom Untersucher ausgefüllt. Es blieb während des Gesprächs auch immer die Möglichkeit, Themen zu erwähnen, die im Fragebogen nicht unmittelbar vorkamen.

Die Interviews fanden in der Zeit von Oktober 1981 bis März 1982 statt. Der Katamnesenzeitraum erstreckte sich vom regelrechten Ende der ambulanten Therapie bis zum Interview. Er betrug im Durchschnitt 30 Monate, der geringste 24 Monate, der größte 38 Monate (dies ein Patient aus der

ersten Gruppe, der erst am Ende der Untersuchung aufgefunden werden konnte). Als Beginn des Katamnesenzeitraumes sollte nicht das Ende der stationären Therapie gelten, sondern das Ende der ambulanten Nachbehandlung, denn erst damit endete der therapeutische Einfluß auf die Patienten.

3.4 Statistische Auswertung

Die Erhebungsbogen wurden auf Lochkarten übertragen und im Institut für medizinische Dokumentation ausgewertet. Angesichts der Vielzahl der untersuchten Parameter und der relativ geringen Anzahl von Patienten konnte man eine komplizierte statistische Absicherung der Ergebnisse nicht erwarten. Die Untersuchung mußte sich aus diesem Grunde mit dem relativ schlichten Niveau beschreibender Statistik zufriedengeben. Wenn es mit dem Chi-Quadrat-Test gelang, einzelne Ergebnisse statistisch abzusichern, wird dies an entsprechender Stelle im Text erwähnt werden.

4 ERGEBNISSE

4.1 Zusammensetzung der Informationen

66 Patienten (70,9 %) konnten interviewt werden. Mit 27 Patienten wurde das Gespräch allein geführt, bei 39 Patienten war auch der Ehepartner oder ein anderes Familienmitglied anwesend. 9 Interviews wurden nur mit dem Ehepartner allein geführt. In diesen Fällen wollte der Patient nicht, war bei der Arbeit oder in der Wirtschaft. 5 Patienten waren inzwischen verstorben. Durch einen Besuch beim Hausarzt konnten Todesursache und Trinkverhalten nach der Therapie geklärt werden. Bei 8 Patienten kam es zu keinem persönlichen Gespräch. Entweder lehnten sie das Interview ab oder sie waren selbst bei mehrmaligem Besuch nicht anzutreffen. Durch Fremdanamnesen (Hausarzt, Mitpatienten, Familienangehörige) gelang es, über sie Informationen zu gewinnen.

Über 5 Patienten konnte nichts in Erfahrung gebracht werden. Sie waren entweder unauffindbar (1 Patient), bei mehrmaligem Besuch nicht anzutreffen (2 Patienten) oder lehnten ein Gespräch ab. Auch schickten sie den zugesandten Fragebogen nicht zurück. Bei ihnen gelang es auch nicht, über andere Personen an Informationen zu kommen. Sie werden als Schwundpatienten bezeichnet.

Tab. 1 Herkunft der benützten Informationen

Interview mit Patient allein	27	(29,0 %)
Interview mit Patient und Angehörigen	39	(41,9 %)
Interview nur mit Ehepartner	9	(9,7 %)
Patient verstorben, Information vom Hausarzt	5	(5,4 %)
Fremdanamnese von Hausarzt, Mitpatienten, Angehörigen	8	(8,6 %)
Keine Informationen	5	(5,4 %)

4.2 Zusammensetzung der Patientengruppe

Alle 93 Patienten, die vom 6.12.1977 bis zum 8.11.1978 auf der Station für alkoholkranke Frauen und Männer an der Universitätsnervenklinik Tübingen eine Alkoholentziehungstherapie begannen, wurden in die Untersuchung mit einbezogen. Alle 93 Patienten hatten die Diagnose chronischer Alkoholismus (ICD - Nr. 303).

Geschlechtsverteilung: Unter den Patienten waren 22 Frauen (23,7 %) und 71 Männer (76,3 %).

Altersverteilung: Der Großteil der Patienten, bei den Frauen wie den Männern, gehörte den Altersgruppen zwischen 30 und 39 Jahren und 40 bis 49 Jahre an. Die 50 - jährigen und älteren Patienten waren am schwächsten vertreten. Die genaue Altersverteilung geht aus Tabelle 2 hervor.

Tab. 2 Altersverteilung der Patienten

	Frauen	Männer
unter 30 Jahren	4 (18,2 %)	11 (15,5 %)
30 - 39 Jahre	8 (36,4 %)	26 (36,6 %)
40 - 49 Jahre	8 (36,4 %)	24 (33,8 %)
50 Jahre und älter	2 (9,1 %)	10 (14,1 %)

Familienstand: Bei den Frauen waren 17 (77,3 %) verheiratet, eine war ledig und 4 (18,2 %) geschieden. Bei den Männern waren 45 (63,4 %) verheiratet, 12 (16,9 %) ledig und 14 (19,7 %) geschieden.

Wohngemeinschaft: Bei den Frauen wohnten 16 zusammen mit ihrem Mann, jeweils 3 beim Freund oder alleine. 44 Männer wohnten zusammen mit ihrer Frau, 13 bei den Eltern, 2 bei der Freundin, 1 in einer Wohngemeinschaft und 11 alleine. Siehe dazu auch Tabelle 3.

Tab. 3 Wohngemeinschaft

	Frauen	Männer
mit Ehepartner	16 (72,6 %)	44 (66,0 %)
mit Eltern	0	13 (18,3 %)
mit Freund/Freundin	3 (13,6 %)	2 (2,8 %)
in Wohngemeinschaft	0	1 (1,4 %)
allein	3 (13,6 %)	11 (15,5 %)

Schulbildung: Über die Schulbildung der Patienten gibt Tabelle 4 Auskunft.

Tab. 4 Schulbildung

	Frauen	Männer
Hochschulabschluß	1 (4,5 %)	5 (7,3 %)
Abitur	1 (4,5 %)	2 (2,9 %)
Mittlere Reife	6 (27,3 %)	4 (5,8 %)
Hauptschulabschluß	14 (63,6 %)	52 (75,4 %)
Sonderschulabschluß	0	0
kein Schulabschluß	0	3 (4,3 %)
höhere Schule ohne Abschluß	0	3 (4,3 %)

Alkoholrisikoberuf: 21 Männer und 7 Frauen übten einen Alkoholrisikoberuf aus.

Arbeitslosigkeit: Bei Therapiebeginn bestand bei 17 Männern (23,9 %) Arbeitslosigkeit. Bei 8 Männern (11,3 %) wurde die Entlassung angedroht. Bei den Frauen waren 6 (27,3 %) arbeitslos.

Finanzielle Schwierigkeiten: Belastende Schulden gaben 4 Frauen (18,2 %) und 17 Männer (24 %) an.

Führerscheinentzug: Einen oder mehrere Führerscheinentzüge hatten 29 Männer (41,4 %). Bei den Frauen waren es 2 (9,1 %).

Vorstrafen: Mit Vorstrafen belastet waren eine Frau und 11 Männer (15,7 %).

Alter bei Beginn des chronischen Alkoholismus: 80 % der Männer waren bei Beginn des chronischen Alkoholismus jünger als 30 Jahre. Bei den Frauen waren es 45,5 %. 10 Frauen (45,5 %) waren 30 bis 39 Jahre alt. Bei den Männern waren es 10 (14,3 %). Siehe dazu Tabelle 5.

Tab. 5 Alter bei Beginn des chronischen Alkoholismus

	Frauen	Männer
unter 20 Jahren	2 (9,1 %)	21 (30,0 %)
20 - 29 Jahre	8 (36,4 %)	35 (50,0 %)
30 - 39 Jahre	10 (45,5 %)	10 (14,3 %)
40 Jahre und älter	2 (9,1 %)	4 (5,7 %)

Dauer des chronischen Alkoholismus: Bei 4 Frauen (18,2 %) dauerte der Alkoholismus schon mehr als 10 Jahre. Bei den Männern waren es 42 (60 %). Bis zu 10 Jahren bestand der Alkoholismus bei 18 Frauen (81,8 %) und 28 Männern (40 %). Dazu Tabelle 6.

Tab. 6 Dauer des chronischen Alkoholismus

	Frauen	Männer
bis 5 Jahre	6 (27,3 %)	9 (12,9 %)
6 - 10 Jahre	12 (54,5 %)	19 (27,1 %)
11 - 15 Jahre	2 (9,1 %)	13 (18,5 %)
16 - 20 Jahre	2 (9,1 %)	15 (21,5 %)
mehr als 20 Jahre	0	14 (20,0 %)

Delir: Bereits ein Delir durchgemacht hatten 3 Frauen (13,6 %). Bei den Männern waren es 20 (28,2 %).

Kontrollverlust: 63 Patienten gaben einen Kontrollverlust an.

Trinktyp nach JELLINEK: Alle 22 Frauen waren Gamma-Alkoholikerinnen. Bei den Männern waren es 51 (71,8 %). 10 Männer (14,1 %) waren Delta-Alkoholiker, 9 Männer (12,7 %) wurden dem Gamma-Delta-Mischtyp zugeordnet. Ein Patient wurde nicht klassifiziert.

Vorbehandlung: Eine abgeschlossene Entziehungskur hatten bereits 8 Männer (11,3 %) hinter sich. Ein Mann hatte schon mehrere Entziehungskuren absolviert (zweimal 4 Wochen und einmal 6 Wochen). Ein Mann hatte eine frühere Behandlung vorzeitig abgebrochen. Eine Frau hatte bereits 2 Entziehungskuren hinter sich (einmal 6 Monate und einmal 3 Monate).

Frühere Krankenhausaufenthalte: Wegen einer Alkoholfolgekrankheit waren bereits 10 Frauen (47,6 %) und 38 Männer (53,5 %) stationär in einem Allgemeinkrankenhaus behandelt worden.

Aufenthalt in psychiatrischer Klinik: Bekannt war bei 3 Frauen (14,3 %) und 14 Männern (19,7 %) ein Aufenthalt in einer psychiatrischen Klinik. Die Gründe für den Aufenthalt waren Suizidversuche, Depressionen, Erregungszustände.

Medikamenteneinnahme: 5 Frauen (22,7 %) und 9 Männer (12,7 %) gaben gelegentliche bis regelmäßige Einnahme von Tranquilizern und Schmerzmitteln an.

Raucher: 47 Männer (66,2 %) waren Raucher, 20 Männer (28,2 %) rauchten nicht. Über 4 Männer lagen keine Angaben vor. 12 Frauen (54,5 %) rauchten, 9 Frauen (41 %) rauchten nicht. Über eine Frau lagen keine Angaben vor.

Rückfall während stationärer Therapie: Einen Rückfall in Form von Alkohol- oder Tabletteneinnahme während der stationären Therapie hatten 10 Männer (14,1 %) und 1 Frau (4,5 %).

Verlauf der stationären Therapie: 20 Frauen und 64 Männer beendeten die sechswöchige stationäre Therapie regelrecht. 3 Patienten brachen im Einverständnis mit den Therapeuten die Therapie vorzeitig ab. Die Gründe dafür waren bei einem ein Todesfall in der Familie, beim anderen dringende geschäftliche Aufgaben, und der dritte Patient hatte sich ein Bein gebrochen und mußte in eine andere Klinik verlegt werden. 4 Patienten brachen von sich aus die Therapie ab. Sie glaubten, daß sie nicht alkoholabhängig seien. 2 Patienten wurden disziplinarisch entlassen. Der eine war mehrmals rückfällig geworden, der andere kam mehrmals zu spät auf Station zurück (Tabelle 7).

Tab. 7 Verlauf der stationären Therapie

	Frauen	Männer
regelrecht beendet	20 (91,0 %)	64 (90,1 %)
nicht regelrecht beendet	1 (4,5 %)	2 (2,8 %)
selbst abgebrochen	1 (4,5 %)	3 (4,3 %)
disziplinarisch entlassen	0	2 (2,8 %)

Entfernung des Wohnorts von der Klinik: 18 Patienten (19,4 %) wohnten im Umkreis von 9 km von der Klinik. 10 bis 19 km von der Klinik entfernt wohnten 39 Patienten (41,9 %). 20 km und mehr entfernt wohnten 36 Patienten (38,7 %).

Größe und Zusammensetzung der Therapiegruppen: Die 93 Patienten verteilten sich auf 9 Gruppen. Über Größe und Zusammensetzung dieser Gruppen informiert Tabelle 8.

Tab. 8 Zusammensetzung der Gruppen und Zahl der stattgefundenen ambulanten Sitzungen

Gruppe	Frauen	Männer	Zahl der Sitzungen
1	0	11 (100 %)	17
2	3 (25 %)	9 (75 %)	46
3	0	9 (100 %)	47
4	1 (11 %)	8 (89 %)	13
5	4 (44 %)	5 (56 %)	45
6	3 (30 %)	7 (70 %)	45
7	3 (33 %)	6 (67 %)	43
8	4 (36 %)	7 (64 %)	48
9	4 (31 %)	9 (69 %)	36

Dauer der ambulanten Nachbehandlung: Nicht bei jeder Gruppe war es möglich, die ambulante Nachbetreuung ein Jahr lang durchzuführen. Zwei Gruppen lösten sich nach ungefähr einem Vierteljahr auf. Praktisch alle Patienten dieser beiden Gruppen erschienen nicht mehr zu den wöchentlichen Sitzungen, obwohl sie sich dazu verpflichtet hatten. Die Nachsorgearbeit mußte daher vorzeitig beendet werden. Die Anzahl der stattgefundenen ambulanten Sitzungen für jede Gruppe kann ebenfalls aus Tabelle 8 ersehen werden.

Spätere erneute Entziehungsbehandlung: 18 Patienten, 7 Frauen und 11 Männer, machten noch eine halbjährige Entziehungsbehandlung.

Verstorbene Patienten: 5 Patienten (5,4 %) waren im Katamnesenzeitraum verstorben. 4 von ihnen waren unmittelbar nach der stationären Therapie voll rückfällig geworden, einer unmittelbar nach Ende der ambulanten Therapie. Alle 5 Patienten nahmen noch exzessivere Trinkgewohnheiten an. Sie starben alle direkt oder indirekt an den Folgen des Alkohols. 3 Patienten starben an Alkoholfolgekrankheiten (Leberzirrhose, alkoholische Kardiomyo-

pathie). 2 Patienten nahmen sich das Leben. Die Patienten starben im Alter von 27 Jahren, 36 Jahren, 39 Jahren, 40 Jahren und 51 Jahren. Da alle 5 Verstorbene voll rückfällig wurden, sind sie dem Therapieergebnis "ungebessert" zugeordnet worden.

4.3 Therapieergebnisse

Therapieergebnis 1: 24 Patienten waren abstinent, ließen im sozialen Bereich eine Verbesserung erkennen, und es trat keine Symptomverschiebung auf.

Therapieergebnis 2: 3 Patienten waren zwar abstinent, es kam aber zu einer Symptomverschiebung. Sie klagten über Depressionen und Ängste, seit sie abstinent lebten. Sie waren in psychiatrischer Behandlung, nahmen Psychopharmaka ein und betrachteten ihre Lebenssituation als nicht wesentlich gebessert.

Unter diesen 27 Patienten mit Therapieergebnis 1 oder 2 fanden sich 22 Patienten, die im gesamten Katamnesenzeitraum keinen Rückfall hatten. 5 Patienten hatten einen leichten Rückfall (meist aus sozialem Anlaß wie Hochzeit eines Kindes, Sylvester), waren sonst aber immer abstinent.

Therapieergebnis 3: 17 Patienten zeigten ein gebessertes Trinkverhalten. Im sozialen Bereich kam es zu keiner Verschlechterung, eher zu einer Verbesserung der Familien- und Arbeitssituation. Auch trat keine Symptomverschiebung auf.

Therapieergebnis 4: 4 Patienten zeigten zwar eine Besserung des Trinkverhaltens, es fand sich aber eine Verschlechterung ihrer sonstigen Lebensverhältnisse. Vor allem handelte es sich um psychische Probleme (depressive Zustände).

Therapieergebnis 5: Bei 33 Patienten fand sich keine Besserung des Trinkverhaltens, oder sie wiesen gar eine Verschlechterung auf. Unter ihnen befanden sich auch 5 verstorbene Patienten, deren Tod im Zusammenhang mit Alkohol stand.

Therapieergebnis 0: Über 5 Patienten konnte keinerlei Information gewonnen werden.

Unter den 18 Patienten, die eine weitere Entziehungsbehandlung machten, fanden sich 7 Patienten, die seit mindestens einem Jahr abstinent lebten. Für sie wurde noch ein weiteres Therapieergebnis "abstinent nach Halbjahreskur" eingeführt.

Neueinteilung der Therapieergebnisse

Da Therapieergebnis 2 ebenso wie Therapieergebnis 4 nur sehr selten auftrat, sie sich auch im Trinkverhalten (als dem wichtigsten Erfolgskriterium) von Therapieergebnis 1 bzw. Therapieergebnis 3 nicht unterscheiden, wurden Therapieergebnis 1 und 2 zu der Gruppe "abstinent" und Therapieergebnis 3 und 4 zu der Gruppe "gebessert" zusammengefaßt. Auch statistische Überlegungen sprachen für eine Zusammenlegung. Die Gruppen werden damit größer und etwas aussagefähiger.

Die neue Einteilung der Therapieergebnisse sah danach folgendermaßen aus:

- abstinent
- gebessert
- abstinent nach Halbjahreskur
- ungebessert.

Für die 93 Patienten ergab sich somit folgendes Therapieergebnis (Tabelle 9):

Tab. 9 Therapieergebnis 93 untersuchter Patienten

abstinent	27 Pat. (29,0 %)
gebessert	21 Pat. (22,6 %)
abstinent nach Halbjahreskur	7 Pat. (7,5 %)
ungebessert	33 Pat. (35,5 %)
Schwundpatienten	5 Pat. (5,4 %)

Therapieergebnis der einzelnen Gruppen

Die einzelnen Therapiegruppen wiesen große Unterschiede im Therapieergebnis auf. Die Zahl der Abstinenten in der Gruppe 1 betrug 9,1 %, in Gruppe 9 waren es 61,5 %. Die wenigsten Gebesserten gab es ebenfalls in Gruppe 1 mit 9,1 %, die meisten in Gruppe 8 mit 45,5 %. In Gruppe 1 waren 63,6 % ungebessert, in Gruppe 5 nur 11,1 %. Das genaue Ergebnis ist Tabelle 10 zu entnehmen.

Tab. 10 Therapieergebnis der einzelnen Gruppen

Gruppe	abstinent	gebessert	abstinent nach Halbjahreskur	ungebessert
1	1 (9,1 %)	1 (9,1 %)	-	7 (63,6 %)
2	5 (41,6 %)	2 (16,7 %)	3 (25,0 %)	2 (16,7 %)
3	1 (11,1 %)	4 (44,4 %)	-	4 (44,4 %)
4	1 (11,1 %)	4 (44,4 %)	1 (11,1 %)	3 (33,3 %)
5	5 (55,5 %)	2 (22,2 %)	-	1 (11,1 %)
6	4 (40,0 %)	1 (10,0 %)	1 (10,0 %)	3 (30,0 %)
7	1 (11,1 %)	-	2 (22,2 %)	5 (55,5 %)
8	1 (9,1 %)	5 (45,5 %)	-	5 (45,5 %)
9	8 (61,5 %)	2 (15,4 %)	-	3 (23,1 %)

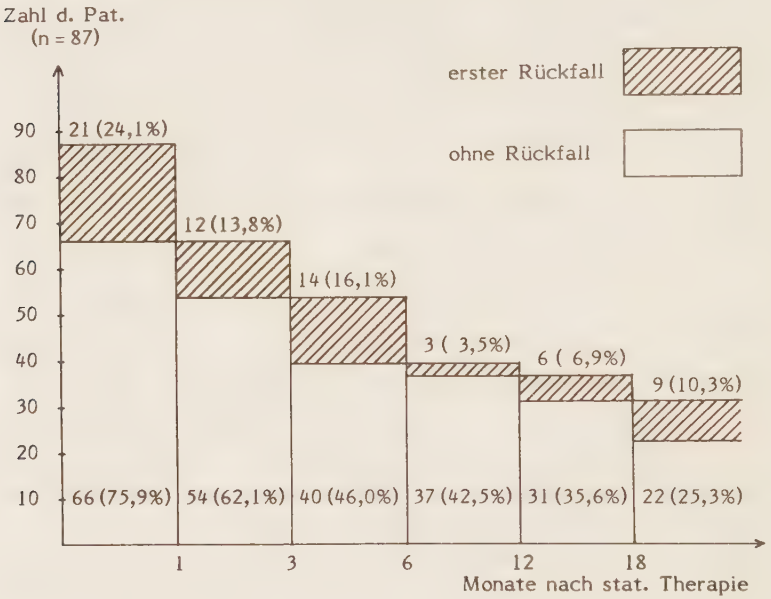
4.4 Rückfall

Zeitpunkt des ersten Rückfalls

Keinen Rückfall hatten 5 Frauen (23,5 %) und 17 Männer (25,8 %). Innerhalb eines Monats nach Beendigung der stationären Therapie hatten 3 Frauen und 18 Männer ihren ersten Rückfall. Ein bis drei Monate nach der stationären Therapie wurden 2 Frauen und 10 Männer erstmals rückfällig. Nach vier bis sechs Monaten waren es 6 Frauen und 8 Männer. Nach einem halben Jahr

bis zu einem Jahr wurden 1 Frau und 2 Männer erstmals rückfällig. Ihren ersten Rückfall hatten 2 Frauen und 4 Männer nach einem bis zu eineinhalb Jahren. Noch nach eineinhalb Jahren wurden 2 Frauen und 7 Männer erstmals rückfällig. Zum Zeitpunkt des ersten Rückfalles siehe auch Tabelle 11.

Tab. 11 Zeitpunkt des ersten Rückfalls nach stationärer Therapie



Gründe für ersten Rückfall

Von den 66 Patienten, die einen Rückfall hatten, konnten 43 (65,2 %) einen oder mehrere Gründe anführen, die zum ersten Rückfall führten.

Es wurden genannt:

5 Mal Einsamkeit (8,8 %)
13 Mal Schwierigkeiten am Arbeitsplatz (22,8 %)
14 Mal Partnerprobleme (24,5 %)
25 Mal Sonstiges (depressive Zustände, Mißtrauen der Umwelt, Krankheit, Familienfest, Glaube, kontrolliert trinken zu können) (43,9 %).

Verhalten bei Rückfall

Von den 42 Patienten, die während der ambulanten Therapie einen Rückfall erlitten, setzten 17 die Therapie fort. Die anderen brachen sie ab. Über das Verhalten beim Rückfall in den verschiedenen Altersstufen gibt Tabelle 12 Auskunft.

Tab. 12 Fortsetzung der ambulanten Therapie nach erstem Rückfall in verschiedenen Altersgruppen

Altersgruppe	die amb. Therapie fortgesetzt
bis 29 Jahre	1 von 8 Patienten (12,5 %)
30 - 39 Jahre	4 von 12 Patienten (33,3 %)
40 - 49 Jahre	10 von 17 Patienten (58,8 %)
50 Jahre und älter	2 von 5 Patienten (40,0 %)

9 Patienten nahmen das Hilfsangebot einer stationären Krisenintervention an. Sie wurden aber alle kurze Zeit später wieder voll rückfällig.

4.5 Probleme, die die Abstinenz gefährdeten, und Hilfen beim Versuch, abstinent zu leben

Zu Problemen und Versuchungssituationen, die die Abstinenz gefährdeten oder zu Rückfällen führten, gaben 16 Frauen und 47 Männer Auskunft. Mehrfachnennungen waren möglich.

Bei den Frauen ergab sich folgendes Bild:

- familiäre Schwierigkeiten	11 Patienten	(50,0 %)
- Sonstiges (z. B. depressive Zustände)	4 Patienten	(18,2 %)
- Alleinsein	3 Patienten	(13,6 %)
- finanzielle Probleme	1 Patient	(4,5 %)
- Mißtrauen der Umwelt	1 Patient	(4,5 %)
- Alkohol nicht abschlagen können	1 Patient	(4,5 %)
- berufliche Schwierigkeiten	1 Patient	(4,5 %).

Die Männer gaben an:

- familiäre Schwierigkeiten	14 Patienten	(22,6 %)
- berufliche Schwierigkeiten	13 Patienten	(21,0 %)
- Sonstiges	11 Patienten	(17,7 %)
- Alkohol nicht abschlagen können	8 Patienten	(12,9 %)
- Alleinsein	7 Patienten	(11,3 %)
- finanzielle Probleme	6 Patienten	(9,6 %)
- Mißtrauen der Umwelt	3 Patienten	(4,8 %).

Hilfen beim Versuch, abstinent zu leben, gaben 16 Frauen und 46 Männer an. Mehrfachnennungen waren möglich.
Von den Frauen gaben an:

- Rückhalt in der Familie	5 Patienten	(21,7 %)
- unbedingter eigener Wille	5 Patienten	(21,7 %)
- Besuch einer Selbsthilfegruppe	5 Patienten	(21,7 %)
- Ausgefülltsein im Beruf	3 Patienten	(13,0 %)
- Beziehung zu einem Freund	3 Patienten	(13,0 %)
- Freude und Interesse an einem Hobby	2 Patienten	(8,7 %).

Von den Männern gaben an:

- unbedingter eigener Wille 22 Patienten (27,5 %)
- Rückhalt in der Familie 20 Patienten (20,0 %)
- Besuch einer Selbsthilfegruppe 11 Patienten (13,8 %)
- Ausgefülltsein im Beruf 11 Patienten (13,8 %)
- Beziehung zu einem Freund 7 Patienten (8,8 %)
- Freude und Interesse an einem Hobby 5 Patienten (6,3 %)
- religiöse Neuorientierung 4 Patienten (5,0 %).

4.6 Prognostische Kriterien

Teilnahme an ambulanter Nachbetreuung und Therapieerfolg

Von 91 der 93 Patienten konnten anhand des Krankenblattes Informationen über die Teilnahme an den wöchentlichen Gruppenstunden gewonnen werden. An höchstens 25 % der Sitzungen nahmen 7 Frauen und 33 Männer teil. An 26 bis 50 % der stattgefundenen ambulanten Sitzungen nahmen 4 Frauen und 7 Männer teil. 1 Frau und 11 Männer nahmen an 51 bis 75 % der Sitzungen teil. An mehr als 75 % der Sitzungen nahmen 10 Frauen und 18 Männer teil (Tabelle 13).

Tab. 13 Teilnahme an den ambulanten Sitzungen (in % der stattgefundenen Sitzungen)

	Frauen	Männer
bis 25 %	7 (31,8 %)	33 (47,8 %)
26 - 50 %	4 (18,2 %)	7 (10,1 %)
51 - 75 %	1 (4,5 %)	11 (16,0 %)
76 - 100 %	10 (45,5 %)	18 (26,1 %)

Über die genaue Verteilung von Alter und Häufigkeit der Teilnahme am Nachbetreuungsprogramm gibt Tabelle 14 Auskunft.

Tab. 14 Alter und Teilnahme an den ambulanten Sitzungen (in % der stattgefundenen Sitzungen)

	bis 29 J.	30 - 39 J.	40 - 49 J.	50 J. und mehr
bis 25 %	8 (53,3 %)	18 (54,5 %)	12 (38,7 %)	2 (16,7 %)
26 - 50 %	2 (13,3 %)	3 (9,1 %)	5 (16,1 %)	1 (8,3 %)
51 - 75 %	1 (6,7 %)	4 (12,1 %)	3 (9,7 %)	4 (33,3 %)
76 - 100 %	4 (26,7 %)	8 (24,3 %)	11 (35,5 %)	5 (41,7 %)

Die Untersuchung über die regelmäßige Teilnahme an der ambulanten Therapie und die Entfernung des Wohnortes der Patienten ergab folgendes Ergebnis: Von den Patienten, deren Wohnort bis zu 9 km von Tübingen entfernt lag, nahmen 5 (29,4 %) an mindestens der Hälfte der ambulanten Sitzungen teil. Bei denen, die 10 bis 19 km von Tübingen entfernt wohnten, waren es 15 (36,6 %). Bei einer Wohnortentfernung von 20 km und mehr waren es 20 Patienten (57,0 %).

Es wurde das Therapieergebnis der 40 Patienten, die regelmäßig an der Nachbetreuung teilnahmen, mit dem der anderen Patienten verglichen. Das Ergebnis zeigt Tabelle 15.

Tab. 15 Therapieergebnis und Teilnahme an den ambulanten Sitzungen (in % der stattgefundenen Sitzungen)

	bis 50 %	51 - 100 %
abstinent	10 (21,3 %)	17 (42,5 %)
gebessert	7 (14,9 %)	14 (35,0 %)
abstinent nach Halbjahreskur	5 (10,6 %)	2 (5,0 %)
ungebessert	25 (53,2 %)	7 (17,5 %)

Anschluß an eine Selbsthilfegruppe

Von 17 dazu befragten Frauen gaben 8 (47 %) einen Anschluß an eine Gruppe an. Bei den Männern waren es 16 von 57 (28 %). Als weitere Therapiemaßnahmen gaben 1 Frau und 5 Männer psychiatrische/psychotherapeutische Konsultationen an. 3 Männer waren in stationärer psychiatrischer Behandlung, 1 Mann war beim Hausarzt in Betreuung. Bereits erwähnt wurden die 18 Patienten, die eine erneute Entziehungskur machten. Keinerlei weitere therapeutische Hilfen nahmen 8 Frauen und 32 Männer an.

Die Bereitschaft, sich einer Gruppe anzuschließen, ist in den verschiedenen Altersstufen unterschiedlich. Einer Selbsthilfegruppe schlossen sich an:

bis 29 Jahre	2 von 15 Patienten (13,3 %)
30 - 39 Jahre	5 von 22 Patienten (22,7 %)
40 - 49 Jahre	12 von 25 Patienten (48,0 %)
50 Jahre und älter	5 von 12 Patienten (41,7 %).

Unter den 24 Patienten, die sich einer Selbsthilfegruppe anschlossen, waren 8 abstinent, ebenfalls 8 gebessert, 3 abstinent nach Halbjahreskur und 5 waren ungebessert. Bei den Patienten ohne Anschluß an eine Gruppe fanden sich 19 Abstinente, 13 Gebesserte, 4 Abstinente nach Halbjahreskur und 28 Patienten waren ungebessert (Tabelle 16).

Tab. 16 Anschluß an Selbsthilfegruppe und Therapieergebnis

	mit Gruppe	ohne Gruppe
abstinent	8 (33,3 %)	19 (27,5 %)
gebessert	8 (33,3 %)	13 (18,8 %)
abstinent nach Halbjahreskur	3 (12,5 %)	4 (5,8 %)
ungebessert	5 (20,9 %)	28 (40,6 %)

Von den 24 Patienten, die eine Selbsthilfegruppe besuchten, bezeichneten 16 (66,7 %) die Gruppe als die größte und wichtigste Hilfe im Umgang mit ihrem Alkoholproblem.

Geschlecht und Therapieergebnis

6 Frauen (27,3 %) und 21 Männer (29,6 %) waren abstinent. Gebessert waren 5 Frauen (22,7 %) und 16 Männer (22,5 %). 3 Frauen (13,6 %) und 4 Männer (5,6 %) waren abstinent nach einer weiteren Entziehungskur. Ungebessert waren 8 Frauen (36,4 %) und 25 Männer (35,2 %) (Tabelle 17).

Tab. 17 Geschlecht und Therapieergebnis

	Frauen	Männer
abstinent	6 (27,3 %)	21 (29,6 %)
gebessert	5 (22,7 %)	16 (22,5 %)
abstinent nach Halbjahreskur	3 (13,6 %)	4 (5,6 %)
ungebessert	8 (36,4 %)	25 (35,2 %)
Schwundpatienten	-	5 (7,1 %)

Alter und Therapieergebnis

Tabelle 18 macht Aussagen über den Zusammenhang von Alter und Therapieergebnis. Die Patienten wurden in vier Altersstufen eingeteilt. In der ersten Stufe Patienten bis 29 Jahre, in der zweiten Patienten zwischen 30 und 39 Jahren, in der dritten Patienten zwischen 40 und 49 Jahren und in der vierten Patienten 50 Jahre und älter.

Tab. 18 Alter und Therapieergebnis

	bis 29 J.	30 - 39 J.	40 - 49 J.	50 J. u. mehr
abstinent	5 (33,3 %)	9 (26,5 %)	5 (15,6 %)	8 (66,7 %)
gebessert	3 (20,0 %)	4 (11,8 %)	11 (34,4 %)	3 (25,0 %)
abstinent nach Halbjahreskur	1 (6,7 %)	4 (11,8 %)	2 (6,3 %)	-
ungebessert	6 (40,0 %)	13 (38,2 %)	13 (40,6 %)	1 (8,3 %)
Schwundpatienten	-	4 (11,8 %)	1 (3,1 %)	-

Schulbildung

Von den Patienten mit Abitur waren 4 abstinent, 4 gebessert und einer abstinent nach einer weiteren Entziehungskur. Bei den Patienten mit mittlerer Reife als Schulabschluß waren 4 abstinent, einer gebessert, einer abstinent nach Entziehungskur und 4 ungebessert. Von den Patienten mit Hauptschulabschluß waren 17 abstinent, 15 gebessert, 4 abstinent nach Halbjahreskur und 27 ungebessert. Ein Patient, der eine höhere Schule besucht hatte, aber ohne Abschluß geblieben war, war abstinent nach einer weiteren Entziehungskur. Von den Patienten ohne Schulabschluß war je einer abstinent, gebessert und ungebessert. Tabelle 19 zeigt die gesamten Daten über Schulbildung und Therapieergebnis.

Tab. 19 Schulbildung und Therapieergebnis

	abstinent	gebessert	abstinent nach Halbjahreskur	ungebessert	Schwundpat.
Abitur	4 (44,4 %)	4 (44,4 %)	1 (11,1 %)	-	-
Mittlere Reife	4 (40,0 %)	1 (10,0 %)	1 (10,0 %)	4 (40,0 %)	-
Hauptschulabschluß	17 (25,8 %)	15 (22,7 %)	4 (6,1 %)	27 (40,9 %)	3 (4,5 %)
höhere Schule ohne Abschluß	-	-	1 (33,3 %)	-	2 (66,7 %)
kein Schulabschluß	1 (33,3 %)	1 (33,3 %)	-	1 (33,3 %)	-

Familienstand

Unter den verheirateten Patienten waren 20 abstinent, 12 gebessert, 6 abstinent nach weiterer Entziehungskur und 22 ungebessert. Bei den Geschiedenen waren 3 Patienten abstinent, 4 gebessert, 1 abstinent nach Entziehungskur und 8 Patienten waren ungebessert. Unter den ledigen Patienten waren 4 abstinent, 5 gebessert und 3 ungebessert (Tabelle 20).

Tab. 20 Familienstand und Therapieergebnis

	verheiratet	geschieden	ledig
abstinent	20 (32,3 %)	3 (16,7 %)	4 (30,8 %)
gebessert	12 (19,4 %)	4 (22,2 %)	5 (38,5 %)
abstinent nach Halbjahreskur	6 (9,7 %)	1 (5,6 %)	-
ungebessert	22 (35,5 %)	8 (44,4 %)	3 (23,1 %)
Schwundpatienten	2 (3,2 %)	2 (11,1 %)	1 (7,7 %)

Arbeitslosigkeit bei Therapiebeginn

Von den 23 Patienten, die zu Beginn der Therapie arbeitslos waren, waren 6 abstinent (26,1 %), 7 gebessert (30,4 %) und 8 ungebessert (34,8 %). 2 Patienten waren nicht auffindbar. Von den 8 Patienten, deren Arbeitsplatz zu Beginn der Therapie stark gefährdet war, waren 2 abstinent (25 %), 1 gebessert (12,5 %) und 3 ungebessert (37,5 %). Ebenfalls 2 Patienten waren nicht auffindbar.

Bei der Datenerhebung bestand bei 11 Patienten Arbeitslosigkeit. Bei 7 bestand die Arbeitslosigkeit schon bei Therapiebeginn, die anderen 4 Patienten haben ihre Arbeit im Zusammenhang mit Alkohol verloren. Alle 11 arbeitslosen Patienten wiesen das Therapieergebnis ungebessert auf.

Von 64 dazu befragten Patienten gaben 31 (48,4 %) keinen Arbeitsplatzwechsel im Katamnesenzeitraum an. 23 Patienten (35,9 %) gaben einen Arbeitsplatzwechsel an. 6 Patienten wechselten zweimal die Stelle. Drei und mehr Arbeitsplatzwechsel gaben 4 Patienten (6,3 %) an.

Alkoholismustyp

Von den Gamma-Alkoholikern waren 19 abstinent, 18 gebessert, 7 abstinent nach Halbjahreskur und 25 ungebessert. 4 Delta-Alkoholiker waren abstinent, 1 gebessert und 4 ungebessert. Bei den Gamma-Delta-Alkoholikern waren 4 abstinent, 2 gebessert und 3 ungebessert (Tabelle 21).

Tab. 21 Alkoholismustyp und Therapieergebnis

	Gamma-Alk.	Delta-Alk.	Gamma-Delta-Alk.
abstinent	19 (26,0 %)	4 (40,0 %)	4 (44,4 %)
gebessert	18 (24,7 %)	1 (10,0 %)	2 (22,2 %)
abstinent nach Halbjahreskur	7 (9,6 %)	-	-
ungebessert	25 (34,2 %)	4 (40,0 %)	3 (33,3 %)
Schwundpatienten	4 (5,5 %)	1 (10,0 %)	-

Alter bei Beginn des Alkoholismus

Tabelle 22 zeigt die Therapieergebnisse in den verschiedenen Altersstufen des Alkoholismusbeginns. Die Patienten wurden eingeteilt in solche mit Beginn bis zum 20. Lebensjahr, mit Beginn zwischen 21. und 25. Lebensjahr, mit Beginn zwischen 26. und 30. Lebensjahr und solche mit Beginn des Alkoholismus ab dem 31. Lebensjahr.

Tab. 22 Alter bei Beginn des Alkoholismus und Therapieergebnis

	bis 20 J.	21 - 25 J.	26 - 30 J.	31 J. u. älter
abstinent	10 (29,4 %)	6 (30,0 %)	4 (25,0 %)	7 (31,8 %)
gebessert	3 (8,8 %)	6 (30,0 %)	3 (18,8 %)	9 (40,9 %)
abstinent nach Halbjahreskur	3 (8,8 %)	3 (15,0 %)	1 (6,3 %)	-
ungebessert	14 (41,8 %)	4 (20,0 %)	8 (50,0 %)	6 (27,3 %)
Schwundpatienten	4 (11,8 %)	1 (5,0 %)	-	-

Dauer des Alkoholismus

Tabelle 23 zeigt, wie lange der Alkoholismus bestand und wie in den verschiedenen Stufen (bis 5 Jahre, zwischen 6 und 10 Jahren, zwischen 11 und 15 Jahren, zwischen 16 und 20 Jahren und 21 Jahre und länger) das Therapieergebnis ausfiel.

Tab. 23 Dauer des Alkoholismus und Therapieergebnis

	bis 5 J.	6 - 10 J.	11 - 15 J.	16 - 20 J.	21 J. u. mehr
abstinent	5 (33,3 %)	8 (25,8 %)	3 (20,0 %)	4 (23,5 %)	7 (50,0 %)
gebessert	4 (26,7 %)	6 (19,4 %)	7 (46,7 %)	3 (17,6 %)	1 (7,1 %)
abstinent nach Halbjahreskur	1 (6,7 %)	2 (6,5 %)	1 (6,7 %)	3 (17,6 %)	-
ungebessert	5 (33,3 %)	13 (41,9 %)	4 (26,7 %)	5 (29,4 %)	5 (35,7 %)
Schwundpat.	-	2 (6,5 %)	-	2 (11,8 %)	1 (7,1 %)

Delir in der Vorgeschichte

Bei 58 Patienten war kein Delir in der Vorgeschichte bekannt. Unter ihnen gab es 15 Abstinente, 15 Gebesserte, 6 waren abstinent nach einer weiteren Entziehungskur und 20 waren ungebessert. Von den 23 Patienten mit einem Delir in der Vorgeschichte waren 9 abstinent, 4 gebessert und 7 ungebessert. Siehe dazu Tabelle 24.

Tab. 24 Delir in der Vorgeschichte und Therapieergebnis

	kein Delir	Delir
abstinent	15 (25,9 %)	9 (39,1 %)
gebessert	15 (25,9 %)	4 (17,4 %)
abstinent nach Halbjahreskur	6 (10,3 %)	-
ungebessert	20 (34,5 %)	7 (30,4 %)
Schwundpatienten	2 (3,4 %)	3 (13,0 %)

Delinquenz

Von den 93 in die Untersuchung aufgenommenen Patienten waren 11 Männer und 1 Frau vorbestraft, insgesamt also 12,9 % aller Patienten. Im wesentlichen handelte es sich um Eigentumsdelikte und Schlägereien.
Bei ihnen fand sich folgendes Therapieergebnis:

abstinent	2 Patienten (16,7 %)
gebessert	1 Patient (8,3 %)
abstinent nach Halbjahreskur	2 Patienten (16,7 %)
ungebessert	4 Patienten (33,3 %)
Schwundpatienten	3 Patienten (25,0 %).

Vorbehandlung

Unter den 8 Männern, die schon eine abgeschlossene Entziehungskur hinter sich hatten, war 1 abstinent (12,5 %), 1 gebessert (12,5 %), 1 abstinent nach einer weiteren Entziehungskur und 5 waren ungebessert (62,5 %). Ein Patient, der eine frühere Entziehungskur abgebrochen hatte, war nicht auffindbar. Ein Patient, der schon mehrere Entziehungskuren absolviert hatte, war jetzt abstinent. Eine Frau, die schon zwei Entziehungskuren hinter sich hatte, war ungebessert.

4.7 Therapieergebnis der Patienten, bei denen zusätzlich eine medikamentöse Behandlung durchgeführt wurde

Von den ursprünglich 11 Patienten, die sich bereit erklärten, das antabus-ähnliche Medikament einzunehmen, blieben nur 4, die es ein halbes Jahr lang regelmäßig einnahmen. 2 von ihnen blieben auch nach der Beendigung der Einnahme abstinent. Die beiden anderen hatten danach Rückfälle, insgesamt war ihr Trinkverhalten aber gebessert. 2 Patienten gaben an, daß sie das Medikament als hilfreiche Stütze empfunden hatten. 7 Patienten beendeten die Teilnahme an der ambulanten Nachbetreuung recht früh und erhielten damit auch das Medikament nicht mehr. Bei 2 von ihnen fand sich jetzt eine Besserung. 3 waren ungebessert. 1 war abstinent nach einer weiteren Entziehungskur. Von 1 Patienten konnte das Therapieergebnis nicht ermittelt werden.

4.8 Spätere Entziehungskur und deren Therapieerfolg

Von den Patienten, die nach der Therapie in Tübingen rückfällig wurden, machten noch 7 Frauen und 11 Männer eine halbjährige Entziehungskur. Unter ihnen fanden sich 7 Patienten (38,8 %), die seit mindestens einem Jahr abstinent waren. Gebessert waren 2 Patienten (11,2 %). Ungebessert waren 9 Patienten (50 %). Unter den 7 Frauen fanden sich 3 Abstinente (42,9 %), 1 Gebesserte (14,3 %) und 3 Ungebesserte (42,9 %). Bei den 11 Männern waren es 4 Abstinente (36,4 %), 1 Gebesserter (9,1 %) und 6 Ungebesserte (54,5 %).

4.9 Änderungen im Rauchverhalten und Therapieergebnis der Raucher und Nichtraucher

Zu Beginn der Therapie gab es 29 Nichtraucher und 59 Raucher. Im Katamnesenzeitraum wurden 4 Nichtraucher zu Rauchern. Umgekehrt gelang es keinem Raucher, mit dem Zigarettenrauchen aufzuhören.

Das Therapieergebnis der ursprünglich 29 Nichtraucher zeigt Tabelle 25.

Tab. 25 Therapieergebnis der 29 Nichtraucher

abstinent	11 Patienten	(37,9 %)
gebessert	7 Patienten	(24,1 %)
abstinent nach Halbjahreskur	2 Patienten	(6,9 %)
ungebessert	8 Patienten	(27,6 %)
Schwundpatienten	1 Patient	(3,5 %)

Das Therapieergebnis der ursprünglich 59 Raucher zeigt Tabelle 26.

Tab. 26 Therapieergebnis der 59 Raucher

abstinent	16 Patienten	(27,1 %)
gebessert	13 Patienten	(22,0 %)
abstinent nach Halbjahreskur	5 Patienten	(8,5 %)
ungebessert	21 Patienten	(35,6 %)
Schwundpatienten	4 Patienten	(6,8 %)

Unter den 4 neuen Rauchern waren 2 abstinent, 1 gebessert und 1 ungebessert.

4.10 Therapieergebnis der Patienten, die die stationäre Therapie nicht regelrecht beendet haben

Von den 3 Patienten, die im Einverständnis mit den Therapeuten die stationäre Therapie vorzeitig abbrachen, war 1 Patient gebessert, 1 Patient war abstinent nach einer weiteren Entziehungskur und 1 Patient war ungebessert. Von den 4 Patienten, die von sich aus die Therapie abbrachen, waren 3 Patienten ungebessert und 1 Patient abstinent nach einer weiteren Entziehungskur. Von den 2 Patienten, die disziplinarisch entlassen wurden, war 1 Patient abstinent und der andere abstinent nach einer weiteren Entziehungskur.

5 DISKUSSION

5.1 Therapieergebnis

Vergleicht man unsere Therapieergebnisse (29 % Abstinente, 35,5 % Ungebesserte) mit der von EMRICK 1974 vorgelegten Sammelstatistik, so ergeben sich recht große Übereinstimmungen. Er fand 33,8 % Abstinente und 38,6 % Ungebesserte und Verschlechterte. Diese Resultate lassen einen an die "Ein-Drittel-Faustregel" bei der Erfolgsabschätzung der Alkoholismusbehandlung denken. Die höheren Erfolgsquoten bei FUNKE und KLEIN (1981) sowie bei KRAMPEN und NISPEL (1983) mögen auch mit daran liegen, daß der Katamnesenzeitraum bei ihnen geringer ist (zwischen 5 und 33 Monaten bzw. 12 Monate).

Bei der Bewertung dieser Zahlen sollte man aber auch an das Vorkommen von Spontanverläufen denken. WIESER (1966) berichtet, daß eine repräsentative Gruppe von Alkoholikern zu einem beliebigen Zeitpunkt Abstinente aufweist, deren Anteil bis zu 10 % des Sample betragen kann. Dieser Prozentsatz ist keineswegs Dauerheilungen gleichzusetzen, denn es findet sich darunter ein numerisch schwer zu ermittelnder Anteil von Kranken, die sich in einer Phase der vorübergehenden Konsolidierung und der partiellen Kompensation befinden. Solche temporären Remissionen sollten bei der Beurteilung von therapeutischen Resultaten zur Vorsicht mahnen. Zu ganz ähnlichen Ergebnissen war schon LEMERE (1953) gekommen. 7,2 % seiner Patienten hatten ohne ersichtliche äußere Ursache aufgehört zu trinken.

PFEFFER und BERGER (1957), MOORE und RAMSEUR (1960) und EMRICK (1974) berichten von Patienten, bei denen sich, trotz Abstinenz, keine Besserung der übrigen Verhältnisse einstellte. In unserer Untersuchung fanden sich 3 Patienten, die bei Abstinenz eine Verschlechterung ihres psychischen Befindens angaben. Dies kann auch dahingehend interpretiert werden, daß Abstinenz allein als Therapieziel nicht ausreichend ist.

Die 5 Patienten, die im Katamnesenzeitraum verstorben waren, waren alle voll rückfällig geworden, und da ihr Tod direkt oder indirekt mit Alkohol zusammenhing, wurden sie dem Therapieergebnis "ungebessert" zugeordnet. 2 Patienten nahmen sich das Leben. Beide kamen aus ihrer Sucht nicht heraus und waren darüber tief verzweifelt. Über die große Häufigkeit des Suizids bei Alkoholikern berichten auch LEMERE (1953) sowie WIESER und

KUNAD (1965). WIESER und KUNAD geben eine zwölfmal höhere Suizidalität bei chronischen Alkoholikern als bei der Gesamtbevölkerung an. Das junge Alter der 5 Verstorbenen ist ein deutlicher Hinweis auf die verringerte Lebenserwartung chronischer Alkoholiker. Über Mortalität und Todesursachen siehe auch bei WIESER (1966).

Mit 5 Patienten, über die keinerlei Informationen gewonnen werden konnten, ist die Zahl der "Schwundpatienten" recht gering. WIESER (1966) betont ja die Bedeutung, die ihrer Berücksichtigung in katamnestischen Untersuchungen zukommt. Über die Ursachen der teils großen Unterschiede in den einzelnen Therapiegruppen lassen sich nur Vermutungen anstellen. Das Team und die behandelnden Ärzte waren nicht bei allen Gruppen identisch. Ihr Einfluß auf die Patienten darf nicht unterschätzt werden. Eine Rolle mag auch das unterschiedliche Gruppengefühl und der Gruppenzusammenhalt spielen. Nach Mitteilungen von Therapeuten und Auskunft von Patienten gab es da große Unterschiede.

5.2 Zeitpunkt und Gründe des Rückfalls, Verhalten bei Rückfall sowie Erfolg der stationären Krisenintervention

Die aus der Literatur bekannte hohe Rezidivhäufigkeit behandelter Trinker im ersten halben Jahr nach der Entlassung fand sich auch bei unserem Patientenkollektiv. Sechs Monate nach Entlassung waren 47 Patienten (54 %) bereits rückfällig geworden, oder anders ausgedrückt, von den Patienten, die rückfällig wurden, hatten 72,3 % innerhalb eines halben Jahres nach Beendigung der stationären Therapie ihren ersten Rückfall. Dies zeigt deutlich, wie instabil die Patienten nach der Entlassung noch sind und wie sehr sie in dieser Zeit noch der Unterstützung bedürfen. Hier zeigt sich die Notwendigkeit einer ambulanten Nachbehandlung.

Auffallend in unserer Untersuchung ist, daß nach 12 bis 18 Monaten 6 Patienten (9,2 % aller Erstrückfälle) erstmals rückfällig wurden. Hier liegt die Vermutung nahe, daß der Rückfall in zeitlichem Zusammenhang mit dem Ende der ambulanten Nachbetreuung steht. 5 dieser Patienten hatten regelmäßig an den Gruppenstunden teilgenommen, danach hatten sie sich aber weder einer Selbsthilfegruppe angeschlossen noch sonst etwas unternommen. Als Gründe für den Rückfall wurden von ihnen genannt: depressive Zustände,

Versuchung an Sylvester war zu groß, testen, ob Alkohol noch schmeckt. Bei diesen 5 Patienten kann vermutet werden, daß der fehlende Halt der Gruppe den Rückfall mit bedingte und daß bei sofortigem Anschluß an eine Selbsthilfegruppe er hätte verhindert werden können. Diese Zusammenhänge müssen den Patienten nahegelegt werden, und darauf basierend sollte auch die Förderung einer positiven Einstellung zur Selbsthilfegruppe während der stationären und ambulanten Therapie erfolgen. Auf die Bedeutung des Anschlusses an eine Selbsthilfegruppe und die Verbesserung der Prognose dadurch weisen auch OLBRICH und WATZL (1978) hin.

Selbst nach mehr als 18 Monaten wurden 9 Patienten (13,8 % aller Erstrückfälle) erstmals rückfällig. 7 dieser 9 Patienten hatten regelmäßig an der einjährigen ambulanten Nachbehandlung teilgenommen, einer hatte sich einem auswärtigen Freundeskreis angeschlossen, und einer erhielt Einzeltherapiestunden. Zur Zeit des Rückfalles besuchten nur noch 3 einen Freundeskreis, die anderen 6 unternahmen nichts mehr. Auch dies ist ein deutlicher Hinweis auf die stabilisierende Wirkung der Teilnahme an der ambulanten Nachbetreuung bzw. des Anschlusses an einen Freundeskreis oder eine sonstige Selbsthilfegruppe. In unserer Untersuchung ist die späte Rückfallhäufigkeit deutlich höher als die von WIESER (1966) angegebene, der von etwa 1 % Rückfallrate nach zwei Jahren berichtet.

Aus diesen Ergebnissen geht auch der Zusammenhang von Katamnesenzeitraum und Therapieerfolg hervor. Hätte die Untersuchung ein Jahr nach Abschluß der stationären Therapie stattgefunden, hätte man 37 Abstinente (42,5 %) angetroffen. Jetzt, im Durchschnitt dreieinhalb Jahre nach Beendigung der stationären Therapie, waren es nur noch 22 (25,3 %). Dies widerspricht auch der Behauptung von MATAKAS, KOESTER und LEIDNER (1978), daß die Einjahresheilungen der Fünfjahresheilung zahlenmäßig so nahe kommt, daß für katamnestische Betrachtungen das Einjahresintervall ausreichend sei.

Die Faktoren, die zum Rückfall führten, stimmen mit den von REICHEL (1981) angegebenen weitgehend überein. Der Arbeitsplatz war bei dieser Untersuchung in 17,95 % Anlaß des Rückfalls, bei unseren Patienten war er es in 22,8 %. Partnerprobleme und Einsamkeit waren es bei REICHEL in 30,77 %, in unserer Untersuchung wurden sie in 33,3 % genannt. Schwierigkeiten am Arbeitsplatz und Partnerprobleme kann man vielleicht unter der

Rubrik "soziales Umfeld" zusammenfassen. Ihm kommt eine große Bedeutung als erstem Rückfallgrund zu, was die Rolle eines intakten Arbeits- und Familienbereichs unterstreicht.

Das Verhalten der Patienten nach einem Rückfall ist sehr unterschiedlich. Nur 17 von 42 Patienten setzten die ambulante Therapie nach einem Rückfall fort. Dabei fällt auf, daß die älteren Patienten nicht so schnell aufgeben, wenn es zu einem Rückfall gekommen ist, und die Therapie trotzdem weiterführen. Die jüngeren Patienten sind weniger konsequent, kommen nach einem Rückfall nicht mehr zu den wöchentlichen Gruppenstunden. Wenn man die Bedeutung der ambulanten Nachbetreuung für das Therapieergebnis betrachtet, so ist das vielleicht mit ein Grund für das etwas bessere Abschneiden der älteren Patienten.

Wie im Kapitel 2 beschrieben, bietet das Tübinger Therapieprogramm neben ambulanter Betreuung und ambulanter "Krisenintervention" allen Rückfälligen, die regelmäßig an der Nachsorge teilnehmen, eine viertägige stationäre "Krisenintervention" an. 9 Patienten nahmen dieses Hilfsangebot an. Sie wurden jedoch alle innerhalb kürzester Zeit wieder voll rückfällig. Diese Einrichtung zeigte also keinen Erfolg. Ihre Beibehaltung sollte angesichts dieser Tatsache kritisch überdacht werden.

5.3 Welche Probleme gefährden aus der Sicht des Patienten die therapeutisch angestrebte Abstinenz und umgekehrt, was hilft dem Patienten, abstinent zu bleiben?

Bei Männern und vor allem bei Frauen birgt die Familie den größten Konfliktstoff, der zu einem Rückfall führen kann. Umgekehrt geht von ihr, bei Intaktheit, mit der größte stabilisierende Effekt aus. Die Familie spielt also eine ganz zentrale Rolle. Konsequenzen daraus wären eine verstärkte Einführung der Familientherapie in die Alkoholikerbehandlung. Familiäre Probleme müssen während der Therapie an- und durchgesprochen werden und Problemlösungen angestrebt werden. Die Bedeutung einer guten ehelichen Beziehung zur Unterstützung einer Entziehungsbehandlung haben OXFORD, OPPENHEIMER, EGERT, HENSMANN und GUTHRIE (1976) beschrieben.

Die Reihenfolge der verschiedenen Probleme ist bei Männern und Frauen ungefähr dieselbe. Bei Männern spielen berufliche Probleme eine größere

Rolle. Das liegt sicher daran, daß sie häufiger berufstätig sind als die Frauen. Relativ häufig taucht auch das Problem, Alkohol nicht abschlagen zu können, auf. Diese Versuchungssituationen müssen verstärkt während der Therapie, z. B. in Form von Rollenspielen, geübt werden, um den Patienten ein Rüstzeug für solche Situationen zu vermitteln.

Auch depressive Zustände bergen oft die Gefahr eines Rückfalls in sich. Begegnen kann man dieser Gefahr nur, wenn die Patienten lernen, besser mit ihren Depressionen umzugehen. Möglichkeiten dazu böte z. B. der Anschluß an eine Selbsthilfegruppe und psychotherapeutische Gruppen- oder Einzelgespräche.

Der unbedingte eigene Wille wurde mit 21,5 % bei den Frauen und 27,5 % bei den Männern am häufigsten bei den Hilfen, abstinent zu bleiben, genannt. Darunter verbirgt sich wohl eine sehr große Motivation und ein großer Ehrgeiz. Der Besuch einer Selbsthilfegruppe wurde bei den Frauen mit am häufigsten genannt, bei den Männern mit 13,8 % an dritter Stelle. Auf die Förderung einer positiven Einstellung zu Selbsthilfegruppen wurde bereits in 5.2 hingewiesen.

LEMERE (1953) und WIESER und KUNAD (1965) verweisen auf eine religiöse Neuorientierung als Hilfe bei der Abstinenz. Die Möglichkeit dazu deutet sich auch in unserer Untersuchung an. 4 Männer gaben an, daß ihr neu gefundener Glaube ihnen entscheidend geholfen habe.

5.4 Prognostische Kriterien

Obwohl sich die Patienten bei Therapiebeginn zu einer regelmäßigen Teilnahme an der ambulanten Nachbehandlung verpflichteten, nahmen nur 40 Patienten (44 %) an mindestens der Hälfte der stattgefundenen Sitzungen teil. Dies ist eine recht niedrige Rate. PFRANG und SCHENK (1983) berichten von etwa zwei Dritteln der Patienten, die die ambulante Nachsorge nutzen. Die Frauen nutzten mit 50 % regelmäßiger Teilnahme das Angebot besser als die Männer mit 42,1 % regelmäßiger Teilnahme.

Die Teilnahme an der ambulanten Nachsorge hängt direkt mit dem Alter der Patienten zusammen. Je älter die Patienten waren, desto regelmäßiger nahmen sie an den Gruppensitzungen teil. Im Alter bis 29 Jahre waren

es 33,4 %, bei den 30 bis 39-jährigen waren es 36,4 %, bei den 40 bis 49-jährigen 45,2 % und bei den 50-jährigen und älteren Patienten 75 %, die regelmäßig teilnahmen.

Eigentlich vermutet man, daß Patienten umso eher die Nachsorge in Anspruch nehmen, je näher sie bei dieser Einrichtung wohnen. Für Patienten, die weit entfernt wohnen, ist der Aufwand doch recht groß, einmal in der Woche wegen einer Gruppenstunde nach Tübingen zu fahren. Es fand sich aber gerade das Gegenteil. Je weiter die Patienten von der Klinik entfernt wohnten, desto regelmäßiger war ihre Teilnahme an der Nachbetreuung. Dies zeigt, daß es auf die innere Einstellung und die Bereitschaft ankommt und daß dann weite Entfernungen und ein eventuell mühevoller Anreiseweg in Kauf genommen werden. Die Vorstellung, daß Patienten, die weit entfernt von der Nachsorgeeinrichtung wohnen, also vorwiegend Patienten aus ländlichen Gegenden, wegen der fehlenden Nachsorgemöglichkeiten eine schlechtere Prognose haben, läßt sich in dieser einfachen Form nicht aufrecht erhalten. Die Einstellung zu der Nachsorge spielt wohl eine größere Rolle als Äußerlichkeiten, wie Entfernungen zur Nachsorgeeinrichtung.

Die Patienten, die an der Nachsorge regelmäßig teilnahmen, hatten ein deutlich besseres Therapieergebnis, sowohl bei den Abstinenten als auch den Gebesserten, zu verzeichnen. Bei ihnen fanden sich 42,5 % Abstinente und 35 % Gebesserte. Der Zusammenhang zwischen der Teilnahme an der ambulanten Gruppe und dem Therapieergebnis konnte für dieses Patientenkollektiv auch statistisch mit dem Chi-Quadrat-Test (Signifikanzniveau 5 %) nachgewiesen werden.

Einen Hinweis auf die Bedeutung der Nachbehandlung erhält man auch durch die Anzahl der stattgefundenen Sitzungen in den verschiedenen Therapiegruppen und deren Therapieergebnis. In den Gruppen mit hohem Anteil Abstinenter und Gebesserter fanden in der Regel viele Gruppensitzungen statt, während manche Gruppen nur sehr wenige Sitzungen abhielten, sich früh auflösten und auch ein entsprechend schlechtes Ergebnis aufwiesen (Tab. 8 und Tab. 10). Die Bedeutung der Nachbehandlung (WIESER 1966, OLBRICH und WATZL 1978) muß den Patienten während der stationären Therapie vermittelt werden.

24 Patienten schlossen sich einer Selbsthilfegruppe an (32,4 %). Dies entspricht ungefähr den Angaben von PFRANG und SCHENK (1983), die von

26,4 % berichten. Diese 24 Patienten weisen ein deutlich besseres Therapieergebnis auf. Die Zahl der Abstinenten und Gebesserten beträgt bei ihnen 66,7 %; bei den Patienten, die sich keiner Gruppe anschlossen, betrug sie nur 46,3 %. Auch die Zahl der Ungebesserten war mit 20,9 % gegenüber 40,6 % ohne Anschluß an eine Selbsthilfegruppe deutlich günstiger. Die Patienten, die eine Selbsthilfegruppe besuchten, betrachteten diese Einrichtung als sehr hilfreich. 66,7 % bezeichneten die Gruppe als größte und wichtigste Hilfe im Umgang mit ihrem Alkoholproblem.

Wie auch schon bei der Teilnahme an der ambulanten Nachsorge nutzten auch hier die Frauen das Angebot der Selbsthilfegruppen besser: 8 Frauen (47 %) und 16 Männer (28 %) besuchten eine Gruppe. Die älteren Patienten waren auch beim Besuch der Selbsthilfegruppen wieder mehr repräsentiert. Von den Patienten, die jünger als 40 Jahre waren, besuchten 7 (18,9 %) eine Gruppe, bei den über 40-jährigen waren es 17 (45,9 %). Diese größere Bereitschaft zum Anschluß an eine Gruppe bei älteren Patienten ist vielleicht mit ein Faktor für deren besseres Abschneiden.

Im Gegensatz zu FUNKE und KLEIN (1981), die keinen Zusammenhang zwischen Therapieergebnis und Besuch einer Selbsthilfegruppe feststellen, spricht unsere Untersuchung für deutliche Zusammenhänge. Die Bedeutung des Besuches einer Selbsthilfegruppe betonen auch MINDLIN (1959), ROBSON (1963), WIESER (1966), OLBRICH und WATZL (1978) sowie LASK und ZUCKER (1983). Wie in 5.2 ausgeführt, sollte dem Patienten eine positive Einstellung den Selbsthilfegruppen gegenüber vermittelt werden.

Das Geschlecht hatte keinen Einfluß auf das Therapieergebnis. Frauen und Männer hatten fast identische Ergebnisse. Die von TILLOTSON und FLEMING (1937), MINDLIN (1959) und GLATT (1961) angegebene prognostische Relevanz des Geschlechts konnten wir nicht bestätigen.

Die in der Literatur angegebene schlechtere Prognose jüngerer Patienten (MINDLIN 1959, GLATT 1961, ROBSON 1963, WIESER 1966) deutet sich auch in unseren Ergebnissen an. Faßt man die Patienten bis 39 Jahre zu der Gruppe der Jüngeren und die Patienten ab 40 Jahre zu der Gruppe der Älteren zusammen, so finden sich bei den Älteren 27 Abstinente und Gebesserte (61,4 %) und nur 21 (42,9 %) bei den Jüngeren. Ganz besonders gut schneiden die 12 Patienten über 50 Jahre ab: 11 waren abstinent oder gebessert.

Das in der Literatur angegebene aber umstrittene prognostische Kriterium Bildungsgrad (MATAKAS, KOESTER, LEIDNER 1978) zeigt sich auch in unserer Untersuchung. Die Patienten mit Abitur als Schulabschluß zeigen ein deutlich besseres Therapieergebnis. 44,4 % Abstinente und 44,4 % Gebesserte fanden sich unter ihnen. Bei Patienten mit Mittlerer Reife waren es 40 % Abstinente und 10 % Gebesserte. Unter den Patienten mit Hauptschulabschluß fanden sich 25,8 % Abstinente und 22,7 % Gebesserte.

Nach allgemeiner Auffassung (MINDLIN 1959, ROBSON 1963, WIESER 1966, DAVIES, SHEPHARD, MYERS 1965) stellt der Zivilstand ein Prognosekriterium dar. Das Bestehen einer intakten Ehe stellt ein positives prognostisches Kriterium dar. In unserer Untersuchung konnte nur ein besseres Abschneiden der verheirateten Patienten gegenüber den geschiedenen Patienten nachgewiesen werden. Bei den Verheirateten fanden sich 51,7 % Abstinente und Gebesserte, bei den Geschiedenen waren es 38,9 %. Die Unterschiede zwischen verheirateten Patienten und ledigen Patienten waren gering (Tab. 20).

In der Literatur (WIESER 1966, MATAKAS, KOESTER, LEIDNER 1978) stellt bestehende Arbeitslosigkeit bei Therapiebeginn ein negatives prognostisches Kriterium dar. In unserer Untersuchung waren 23 Patienten zu Beginn der Therapie arbeitslos. Ihr Therapieergebnis unterscheidet sich kaum vom durchschnittlichen Ergebnis. Es fanden sich 26,1 % Abstinente im Vergleich zu 29 %. Gebessert waren 30,4 % im Vergleich zu 22,6 % Gebesserten und 7,5 % Abstinenten nach Halbjahreskur beim durchschnittlichen Therapieergebnis. Eine bestehende Arbeitslosigkeit bei Therapiebeginn wirkt sich in unserer Untersuchung nicht auf das Therapieergebnis aus, sie hat keine prognostische Bedeutung.

Bei der Datenerhebung gaben 11 Patienten eine bestehende Arbeitslosigkeit an. Bei 7 bestand die Arbeitslosigkeit schon bei Therapiebeginn, 4 hatten inzwischen ihre Arbeit verloren. Alle 11 Patienten hatten das Therapieergebnis ungebessert. Die 16 Patienten, die wieder Arbeit gefunden hatten, nachdem sie vor Therapiebeginn noch arbeitslos waren, wiesen als Therapieergebnis auf: 6 Patienten abstinent (37,5 %), 7 Patienten gebessert (43,8 %), 1 Patient abstinent nach Halbjahreskur (6,3 %) und 2 Patienten ungebessert (12,5 %). Schließen möchte ich daraus, daß Arbeitslosigkeit/Beschäftigung vom Zustand des Alkoholikers abhängt. Ändert er seine Trinkge-

wohnheiten, kann er auch wieder Arbeit finden, trinkt er weiter, findet er auch keine Arbeit. Dies kann sich aber nur auf Zeiten relativer Vollbeschäftigung beziehen.

Auffällig ist die geringe berufliche Fluktuation bei den von uns beschriebenen Patienten. Von 64 dazu befragten Patienten wechselten nur 10 (15,6 %) zweimal oder öfter den Arbeitsplatz im Katamnesenzeitraum.

Die von MATAKAS, KOESTER LEIDNER (1978) angegebene bessere Prognose von Gamma-Alkoholikern gegenüber Delta-Alkoholikern konnten wir in unserer Untersuchung nicht nachweisen. Die Zahl der Abstinenten und Gebesserten war nahezu gleich. Auch die Zahl der Ungebesserten war praktisch identisch. Der Alkoholismustyp scheint also keinen Einfluß auf die Prognose zu haben.

Der ebenfalls von MATAKAS, KOESTER, LEIDNER angegebene späte Beginn des Alkoholismus als positives Prognosekriterium läßt sich in unserer Untersuchung nicht nachweisen. Unabhängig vom Alter bei Beginn des Alkoholismus war die Zahl der Abstinenten in allen Altersklassen nahezu identisch. Bei den Gebesserten und Ungebesserten ergaben sich Unterschiede, die aber nicht so groß sind, daß sie von Bedeutung scheinen (Tab. 21).

Das von WIESER (1966) angegebene Prognosekriterium Dauer des Alkoholismus ließ sich in unserer Untersuchung nicht nachweisen. Es ergaben sich nur geringfügige Unterschiede des Therapieergebnisses in Abhängigkeit von der Dauer des Alkoholmißbrauchs.

FEUERLEIN (1979) schreibt über Patienten mit einem Delir in der Vorgeschichte, daß sie häufiger aus günstigen sozialen Verhältnissen stammen und besser sozial angepaßt sind. Ihre wirtschaftlichen und familiären Verhältnisse seien günstiger. Diese günstige Konstellation hätte aber auch eine günstigere Prognose zur Folge. In dem von uns untersuchten Patientenkreis schnitten die Patienten mit einem Delir in der Vorgeschichte auch etwas besser ab. Unter ihnen fanden sich 39,1 % Abstinente im Vergleich zu 25,9 % Abstinenten in der Kontrollgruppe (Tab. 24). Inwieweit dies wirklich von Relevanz ist, müßte in einem größeren Patientenkollektiv einmal überprüft werden.

Nach allgemeiner Auffassung (WIESER 1966) stellt das Fehlen oder das Vorhandensein von Kriminalität ein Prognosekriterium dar. In unserer Untersuchung war unter den Patienten mit Vorstrafe die Zahl der Abstinenten und

Gebesserten recht gering. Unter ihnen befinden sich auch 3 der 5 Patienten, von denen kein Therapieergebnis zu ermitteln war. Dies deutet darauf hin, daß eine bestehende Vorstrafe ein ungünstiges prognostisches Kriterium darstellt. Die geringe Zahl von Patienten läßt aber nicht mehr als Vermutungen zu.

DAVIES, SHEPHERD, MYERS (1956) und MATAKAS, KOESTER, LEIDNER (1978) bezeichnen eine möglichst geringe Zahl von Vorbehandlungen als günstiges prognostisches Kriterium. Auch in unserer Untersuchung wiesen die 11 Patienten, die schon eine oder mehrere Therapien hinter sich hatten, ein schlechteres Ergebnis auf. Nur 2 waren abstinent, 1 gebessert, 1 abstinent nach einer weiteren Entziehungskur, 6 ungebessert, 1 nicht auffindbar.

5.5 Was ist aus den Patienten geworden, bei denen eine unterstützende medikamentöse Behandlung durchgeführt wurde?

Die Frage nach dem Einfluß des alkoholsensibilisierenden Medikamentes EMD auf das Therapieergebnis kann nicht beantwortet werden. Von den ursprünglich 11 Patienten, die das Präparat einnahmen, führten nur 4 die Einnahme wie geplant ein halbes Jahr lang durch. Die anderen 7 Patienten beendeten die ambulante Therapie frühzeitig und schieden damit auch von der Medikamenteneinnahme aus. Es sind zu wenige Patienten, um Aussagen über den Nutzen des Medikamentes machen zu können. SCHIED, RUHNAU, BINIEK (1980) schätzen das Präparat als ein wichtiges therapeutisches Hilfsmittel im Rahmen eines integrierten Konzepts stationärer und ambulanter Therapie und Rehabilitation von Alkoholabhängigen ein.

5.6 Spätere Entziehungskur und deren Therapieerfolg

EMRICK (1975) berichtet, daß der Großteil der von ihm gesammelten Therapievergleiche trotz zum Teil recht unterschiedlicher Ansätze gleiche Behandlungserfolge erbrachte. 18 unserer Patienten machten im Katamnesenzeitraum eine weitere, jetzt halbjährige Entziehungskur, nachdem sie rückfällig geworden waren. Ihr Therapieergebnis entsprach ungefähr dem Gesamtergebnis. Dies kann als Hinweis dafür genommen werden, daß die Art und Dauer der Behandlung das Therapieergebnis nicht wesentlich beeinflußt.

5.7 Rauchgewohnheiten

Auffallend war das etwas bessere Therapieergebnis der Nichtraucher. 37,9 % Abstinente gegenüber 27,1 % bei den Rauchern. Der hohe Anteil der Raucher im Patientenkollektiv verringerte sich im Katamnesenzeitraum nicht. Es gelang keinem Raucher, mit dem Rauchen aufzuhören. Dadurch, daß 4 Nichtraucher zu Rauchern wurden, erhöhte er sich sogar noch geringfügig. 2 dieser neuen Raucher waren abstinent, 1 gebessert. Dies deutet auf eine Suchtverlagerung hin, die Zigarette als Ersatz für den Alkohol, auf den verzichtet wurde.

5.8 Was ist aus den Patienten geworden, die die stationäre Therapie nicht regelrecht beendet haben?

Insgesamt haben 9 Patienten (9,7 %) die stationäre Therapie vorzeitig abgebrochen. Von den 3 Patienten, die im Einverständnis mit den Therapeuten die stationäre Therapie vorzeitig abbrachen, nahmen 2 nachher an mindestens der Hälfte der ambulanten Gruppenstunden teil. 1 Patient war jetzt gebessert, 1 Patient abstinent nach einer weiteren Entziehungskur und 1 Patient war ungebessert.

Schlecht sieht das Ergebnis bei den Patienten aus, die von sich aus die Therapie abbrachen. 3 von ihnen ließen trotz teilweise mehrerer weiterer Entziehungskuren keine Veränderungen in ihren Trinkgewohnheiten erkennen. Nur 1 Patientin war nach einer weiteren Entziehungskur seit über zwei Jahren abstinent.

Man kann aus den angegebenen Fällen schließen, daß sich, wie in der Literatur angegeben (WIESER 1966), der vorzeitige Abbruch der Therapie negativ auf das Therapieergebnis auswirkt. Berücksichtigen muß man aber auch, daß es durchaus auch zu Abstinenz oder Besserung kommen kann, wenn der Patient sozusagen nur anbehandelt wurde (WIESER 1972, MATAKAS, KOESTER, LEIDNER 1978).

Interessant ist das Ergebnis bei den 2 Patienten, die aus disziplinarischen Gründen entlassen wurden. Der eine ist seither völlig abstinent, ohne jegliche weitere Hilfe in Anspruch genommen zu haben. Als Hauptmotiv wurde eine Art Trotzhaltung angegeben. Er fühlte sich durch die Entlassung

ungerecht behandelt und wollte es "denen schon zeigen, daß es auch ohne sie geht". Der andere machte nach schweren Rückfällen eine Halbjahreskur und schloß sich dann einer Selbsthilfegruppe an. Er war inzwischen drei Jahre abstinent und arbeitete auf einer Alkoholikerstation.

6 ZUSAMMENFASSUNG

An allen 93 Patienten, die 1978 an der Universitäts-Nervenklinik Tübingen eine Alkoholentziehungsbehandlung begannen (6 Wochen stationäre Therapie, anschließend einjährige ambulante Nachbetreuung), wurden katamnestische Untersuchungen durchgeführt.

Als Informationsquellen dienten Krankengeschichten, Ambulanzkarten sowie durch persönliche Befragung selbst erfaßte Daten. Das standardisierte Interview fand in der häuslichen Umgebung des Patienten, in der Regel ohne Terminabsprache, statt. Nach Möglichkeit wurden auch Familienangehörige in das Gespräch miteinbezogen. Der Katamnesenzeitraum vom regelrechten Ende der ambulanten Therapie bis zum Interview betrug durchschnittlich 30 Monate. In die Beurteilung des Therapieergebnisses gingen Trinkverhalten, soziale Parameter (Partnerbeziehung, Kontakte und Freizeitverhalten, Arbeitswelt) sowie gesundheitliches Befinden ein.

Es fanden sich 27 Abstinente (29,0 %), 21 Gebesserte (22,6 %), 7 Abstinente nach einer weiteren Entziehungskur (7,5 %), 33 Ungebesserte (35,5 %). Bei 5 Patienten konnte kein Therapieergebnis ermittelt werden.

Unter den Abstinenten fanden sich 3 Patienten, bei denen es im Katamnesenzeitraum zu einer deutlichen Verschlechterung ihres psychischen Befindens gekommen war. Bei den Gebesserten traf dies auf 4 Patienten zu. 5 Patienten waren im Katamnesenzeitraum verstorben. Ihr Tod stand direkt oder indirekt im Zusammenhang mit Alkohol. Bei ihnen gab es Hinweise für die höhere Mortalität und Suizidalität bei Alkoholikern.

Über die Ursachen der teils großen Unterschiede in den einzelnen Therapiegruppen konnten nur Vermutungen angestellt werden. Die aus der Literatur bekannte hohe Rückfallhäufigkeit im ersten halben Jahr nach der Entlassung fand sich auch bei unserem Patientenkollektiv. 72,3 % der Erstrückfälle fanden in diesem Zeitraum statt. Danach wurden die Rückfälle seltener. Ein Anstieg fand sich wieder nach Beendigung der einjährigen ambulanten Nachbetreuung. Danach war die Rückfallquote immer noch deutlich höher als in der Literatur angegeben.

Anhand der Verteilung der Rückfälle konnte gezeigt werden, daß Einjahreskatamnesen nicht ausreichend sind, um den Therapieerfolg abzuschätzen.

Als Gründe für den Rückfall wurden hauptsächlich Partner- und Arbeitsplatzprobleme genannt.

Bei älteren Patienten fand sich ein besseres "Durchhaltevermögen". Sie setzten nach einem Rückfall die ambulante Therapie viel häufiger fort als die jüngeren Patienten, die nach einem Rückfall die Therapie oft ganz abbrachen. Die stationäre Krisenintervention erwies sich als ein wenig nützliches Instrument, rückfälligen Patienten zu helfen. Bei Problemen, die die Abstinenz gefährdeten oder zu Rückfällen führten, wurden hauptsächlich familiäre Schwierigkeiten genannt. Gleichzeitig war die Familie aber auch mit der größte Rückhalt beim Versuch, abstinent zu leben. Dies unterstreicht die Bedeutung der Familie und spricht für eine verstärkte Einführung der Familientherapie in die Alkoholikerbehandlung. Weitere wichtige Probleme waren berufliche Schwierigkeiten, Alleinsein, depressive Zustände. Wichtige Stützen waren der unbedingte eigene Wille, abstinent zu bleiben (als Ausdruck einer großen Motivation), der Anschluß an eine Selbsthilfegruppe sowie berufliche Bestätigung. Eine religiöse Neuorientierung als Hilfe bei der Abstinenz deutet sich in unserer Untersuchung an.

Als herausragendes prognostisches Kriterium erwies sich die Teilnahme an der ambulanten Nachbetreuung. Die Patienten, die regelmäßig daran teilnahmen, hatten ein signifikant besseres Therapieergebnis. Ältere Patienten nahmen regelmäßiger an der Nachbetreuung teil als jüngere, Frauen etwas häufiger als Männer. Nur 40 Patienten nahmen regelmäßig an der Nachsorge teil. Die Entfernung des Wohnorts erwies sich als kein Hinderungsgrund für die Teilnahme. Der Anschluß an eine Selbsthilfegruppe hatte großen Einfluß auf das Therapieergebnis. Die 24 Patienten, die sich einer Gruppe anschlossen, schnitten deutlich besser ab. Ältere Patienten und Frauen schlossen sich eher einer Selbsthilfegruppe an.

Ein positives prognostisches Kriterium scheint in unserer Untersuchung das Alter des Patienten, seine Schulbildung, sein Zivilstand, das Nichtbestehen von Vorstrafen, eine geringe Zahl von Vorbehandlungen sowie eventuell ein Delir in der Vorgeschichte zu sein. Kein prognostisches Kriterium stellen in unserer Untersuchung das Geschlecht, bestehende Arbeitslosigkeit bei Therapiebeginn, der Alkoholismustyp, Alter bei Beginn und Dauer des Alkoholismus dar.

Die Frage nach dem Einfluß der alkoholsensibilisierenden Substanz EMD auf das Therapieergebnis konnte nicht beantwortet werden.

Unter den Patienten, die noch eine halbjährige Behandlung in einer anderen Einrichtung machten, fanden sich 50 % Abstinente und Gebesserte. Ihr Ergebnis war somit fast identisch mit dem der übrigen Patienten. Dies kann als Hinweis gewertet werden für die relative Bedeutungslosigkeit der Behandlungstechnik für den Therapieerfolg.

Die Rauchgewohnheiten der Patienten änderten sich im Katamnesenzeitraum praktisch nicht. Auffällig im Sinne einer Suchtverlagerung war, daß 3 Abstinente bzw. Gebesserte früher Nichtraucher waren und jetzt als starke Raucher angetroffen wurden.

9 Patienten hatten die stationäre Therapie aus unterschiedlichen Gründen vorzeitig abgebrochen. Sie wiesen jetzt ein schlechteres Therapieergebnis auf. Es fand sich aber auch 1 Patient darunter, der trotz abgebrochener Behandlung und keiner weiteren Therapie abstinent angetroffen wurde.

Literaturverzeichnis

ANTONS, K., SCHULZ, W. (1976, 1977)
Normales Trinken und Suchtentwicklung. Theorie und empirische Ergebnisse interdisziplinärer Forschung zum sozial-integrierten Alkoholkonsum und süchtigen Alkoholismus.
Göttingen (Band I,1976, Band II,1977)

ARMOR, D.J., POLICH, J.M., STAMBUL, H.B. (1976)
Alcoholism and treatment.
CA Rand-Corp., Santa Monica

BAER, M.
Ein-Jahres-Katamnesen an der Universitätsnervenklinik Tübingen behandelter alkoholkranker Patienten
Med. Dissertation, Universität Tübingen (noch nicht abgeschlossen)

BINDER, S., HAPPE, C., SCHMITZ, W. (1978)
Erprobung verhaltenstherapeutischer Behandlungstechniken und Modell einer Breitbandtherapie bei chronischem Alkoholismus.
Öffentliches Gesundheitswesen 40, 253

BINIEK, E.M.
Fünf Jahre klinische Rehabilitation von Alkoholkranken,
Fortbildungstage der UNK Tübingen, Okt. 1980.
(unveröffentl. Man.)

BINIEK, E.M. (1983)
Ein gemeindenahes Behandlungsprogramm für alkoholkranke Männer und Frauen. In: Methoden der Behandlung von Alkohol-, Drogen- und Medikamentenabhängigkeit. Herausgeber O. SCHRAPPE
Stuttgart

DAVIES, D.L., SHEPHERD, M., MYERS, E. (1956)
The two-years-prognosis of 50 alcohol addicts after treatment in hospital.
Quart. J. Alcohol 17, 485

EDWARDS, G., ORFORD, J., EGERT, S., GUTHRIE, S., HAWKER, A., HENSMAN, C. (1977)
Alcoholism: a controlled trial of "treatment" and "advice".
J. Stud. Alc. 38, 1004

EMRICK, C.D. (1973)
Psychological treatment of alcoholism: an analytic review.
Ph. D. Dissertation, Columbia University

EMRICK, C.D. (1974)
A review of psychologically oriented treatment of alcoholism,I. The use and interrelationship of outcome criteria and drinking behavior following treatment.
Quart. J. Stud. Alc. 35, 523

EMRICK, C.D. (1975)
A review of psychologically oriented treatment of alcoholism, II. The relative effectiveness of different treatment approaches and the effectiveness of treatment versus no treatment.
J. Stud. Alc. 36, 88

FEUERLEIN, W.
Katamnestische Untersuchungen an ambulant und stationär behandelten Alkoholikern.
in: Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland. Bundestagsdrucksache 7/4201, 506-520

FEUERLEIN, W. (1979)
Alkoholismus, Mißbrauch und Abhängigkeit.
2. Aufl. Thieme, Stuttgart

FUNKE, J., KLEIN, M. (1981)
Katamnestische Untersuchung stationär behandelter Alkoholiker.
Suchtgefahren 27, 143-150

GERARD, D.L., SAENGER, G., WILE, R. (1962)
The abstinent alcoholic.
Arch. Gen. Psychiatr. 6, 83-95

GERARD, D.L., SAENGER, G. (1966)
Outpatient treatment of alcoholism.
University of Toronto Press, Toronto

GLATT, M.M. (1961)
Treatment results in an English mental hospital alcoholic unit.
Acta psychiat. scand. 37, 143

GRUNER, W., ESSER, R. (1979)
Die regionale Suchtkrankenversorgung an der Tübinger Universitätsnervenklinik.
Suchtgefahren 25, 29-36

GUZE, S.B., TUASON, B.V., STEWART, M.A., PICKEN, B. (1963)
The drinking history: a comparison of reports by subjects and their relatives.
Quart. J. Stud. Alc. 24, 249-260

HEIDE, K.
Ein-Jahres-Katamnesen an der Universitätsnervenklinik Tübingen behandelter alkoholkranker Patienten des Jahres 1976.
Med. Dissertation, Universität Tübingen (noch nicht abgeschlossen)

HILL, M., BLANE, H.T. (1967)
Evaluation of psychotherapy with alcoholics. A critical review.
Quart. J. Stud. Alc. 28, 76-104

KRAMPEN, G., NISPEL, L. (1983)
Zur Effektivität stationärer Kurzzeitbehandlungen von Alkoholikern.
Suchtgefahren 29, 345-349

LASK, K., ZUCKER, K.P. (1983)
Untersuchung zum Therapieerfolg bei Alkoholpatienten nach einer mittelfristigen Behandlung in der Therapeutischen Gemeinschaft Haus Burgwald.
Suchtgefahren 29, 39-44

LEMERE, F. (1953)
What happens to alcoholics.
Amer. J. Psychiat. 109, 674-676

LIPP, R.
Fünf-Jahres-Katamnesen an der Universitätsnervenklinik Tübingen behandelter alkoholkranker Patienten.
Med. Dissertation, Universität Tübingen (noch nicht abgeschlossen)

MATAKAS, F., KOESTER, H., LEIDNER, B. (1978)
Welche Behandlung für welchen Alkoholiker? Eine Übersicht.
Psychiat. Prax. 5, 143

MINDLIN, D.F. (1959)
The characteristics of alcoholics as related to prediction of therapeutic outcome.
Quart. J. Alcohol 20, 604

MOORE, R.A., RAMSEUR, F. (1960)
Effects of psychotherapy in an open ward hospital in patients with alcoholism.
J. Stud. Alc. 21, 233-252

OLBRICH, R., WATZL, H. (1978)
Behandlungsergebnisse in der Therapie des Alkoholismus - eine Übersicht.
Suchtgefahren 24, 1

ORFORD, J., OPPENHEIMER, E., EGERT, S., HENSMANN, C., GUTHRIE, S. (1976)
The cohesiveness of alcoholism-complicated marriages and its influence on the treatment outcome.
Brit. J. Psychiatr. 128, 318-339

PFEFFER, A.Z., BERGER, S. (1957)
A follow-up study of treated alcoholics.
J. Stud. Alc. 18, 624-648

PFRANG, H., SCHENK, J. (1983)
Einstellungsänderungen und Therapieergebnis in Abhängigkeit von der Bereitschafts-Verhaltens-Konsistenz in Bezug auf die Teilnahme an Selbsthilfegruppen bei Alkoholikern.
Suchtgefahren 29, 335-344

POKORNY, A.D., MILLER, B.A., CLEVELAND, S.E. (1968)
Response to treatment of alcoholism. A follow-up study.
Quart. J. Stud. Alc. 29, 364-381

ROBSON, R.A. (1963)
An evaluation of the effect of treatment on the rehabilitation of alcoholics.
Alc. Found Brit. Columbia, Vancouver

SCHIED, H.W., RUHNAU, A., BINIEK, E. (1980)
Zur Bedeutung medikamentös erzeugter Alkoholunverträglichkeit in der Behandlung des Alkoholismus.
Suchtgefahren 26, 18-27

STEINBRECHER, W., SOLMS, H. (1975)
Sucht und Mißbrauch
Thieme, Stuttgart

TILLOTSON, K.J., FLEMING, R. (1937)
Personality and sociologic factors in the prognosis and treatment of chronic alcoholism.
New Engl. J. Med. 217, 611

WATZL, H., OLBRICH, R. (1976)
Kontrolliertes Trinken in der Behandlung des Alkoholismus.
Psychiat. Prax. 3, 204-213

WIESER, S., KUNAD, E. (1965)
Katamnestische Studien beim chronischen Alkoholismus und zur Frage von Sozialprozessen bei Alkoholikern.
Nervenarzt 36, 477

WIESER, S. (1966)
Alkoholismus III: Katamnesen und Prognosen.
Fortschr. Neurol. Psychiat. 34, 565

WIESER, S. (1972)
Psychotherapie und Soziotherapie des Alkoholismus. In: Psychiatrie der Gegenwart, Bd. II/2, 2. Aufl., Herausg. KISKER, P., MEYER, J.E., MÜLLER, M., STRÖMGREN, E.
Springer, Berlin (S. 433)

Anhang

Im Anhang befindet sich der Erhebungsbogen, der als Hilfsmittel zum Festhalten und Auswerten der Daten verwendet wurde.

Margret Baer
Reiner Keuerleber

ERHEBUNGSHEFT zur Job-Nr.0708/2001/1/2 (1981)

Wenn keine Angabe,dann Kästchen leer;
beim Eintragen kürzerer Zahlen links mit Nullen auffüllen.

A	IDENTIFIKATION einer Lochkarte		
A1	LFD.NR.EINES PAT.(=Identifikation e.Erheb.heftes)	1-3	
A2	KARTEN-NR. (innerhalb e.Erhebungsheftes)	4-5	01

B	ANGABEN AUS KRANKENBLATT		
B1	ALTER (vollendete Lebensjahre b.Aufnahme)	6-7	
B2	GESCHLECHT weiblich=1,männlich=2	8	
B3	FAMILIENSTAND verh.=1,led.=2,verw.=3,gesch.=4	9	
B4	WOHNGEMEINSCHAFT mit Ehepartner=1,Eltern=2,feste Bezugsperson=3,Wohngemeinschaft=4,allein=5	10	
B5	GEBURTSORT in Baden-Württ.=1,BRD und West-Berlin=2, innerhalb der dt.Grenzen von 1937 ohne BRD und West-Berlin=3,außerhalb der dt.Grenzen von 1937=4,keine dt.Staatsangehörigkeit=5	11	
B6	SCHULBILDUNG Hochschulabschluß=1,Abitur=2,Mittlere Reife=3,Hauptschulabschluß=4,Sonderschulabschluß=5, kein Schulabschluß=6,höhere Schule ohne Abschluß=7	12	
B7	ALKOHOLRISIKOBERUF nein=0,ja=1	13	
B8	BERUFLICHER ABSTIEG nein=0,ja=1	14	
B9	ARBEITSLOSIGKEIT nein=0,drohend=1,ja=2	15	
B10	SCHULDEN nein=0,ja=1	16	
B11	FÜHRERSCHEINENTZUG nein=0,ja=1	17	
B12	VORSTRAFEN (Außer FÜhrerscheinentzug)nein=0,ja=1	18	
B13	ALTER BEI BEGINN DES ALKOHOLISMUS	19-20	
B14	DAUER DES ALKOHOLISMUS (in Jahren)	21-22	
B15	BEVORZUGTES GETRÄNK Bier,wein,Most u.dgl.=1, Spirituosen=2,sowohl als auch=3	23	
B16	ALKOHOLISMUSTYP (nach Jellinek) Gamma=1,Delta=2, Gamma-Delta-Mischtyp=3,Sonstige u.unklassifiziert=4	24	

B17 MORGENDLICHES ZITTERN nein=0,ja=1 25

B18 BLACKOUTS nein=0,ja=1 26

B19 KONTROLLVERLUST nein=0,ja=1 27

B20 DELIR nein=0,ja=1 28

B21 TOLERANZVERLUST nein=0,ja=1 29

B22 ANZAHL DER BEJAHENDEN ANTWORTEN VAR.B17-B21 30

B23 VORBEHANDLUNG nein=0,abgeschlossene Entziehungskur=1,abgebrochene Entziehungskur=2,mehrere Entziehungskuren=3 31

B24 STATIONÄRE THERAPIE WEGEN ALKOHOLFOLGEKRANKHEIT nein=0,ja=1 32

B25 SONSTIGE PSYCHIATRISCHE HOSPITALISATION U.BEHANDLUNG unbekannt=0,ja=1 33

B26 MEHRFACHABHÄNGIGKEIT nein=0,ja=1 34

B27 NEBENSUCHTMITTEL NIKOTIN (mehr als 10 Zigaretten/d) nein=0,ja=1 35

B28 GESUNDHEITLICH MOTIVIERT nicht genannt=0,in Kombination genannt=1,allein genannt=2 36

B29 FAMILIÄR MOTIVIERT nicht genannt=0,in Kombination genannt=1,allein genannt=2 37

B30 BERUFLICH MOTIVIERT nicht genannt=0,in Kombination genannt=1,allein genannt=2 38

B31 SONSTIGE MOTIVE nicht genannt=0,in Kombination genannt=1,allein genannt=2 39

B32 ZAHL DER AUSPRÄGUNGEN 1 U.2 VAR.B28-B31 40

B33 AUFNAHMEANLASS (bei Mehrfachnennung Auswahl durch Ref.) Aufenthalt in UNK=1,in sonstiger Klinik=2, sonstiger ärztlicher Rat=3,Druck(familiär,beruflich) =4,Sonstiges(Suchtberatungsstelle,eigene Motivation ohne Ausprägung 4,etc.)=5 41

B34 ENTFERNUNG VON UNK Luftlinie in km) 42-44 [ ][ ]

B35 STAT.THERAPIE KOMPLETT ja=1,im Einverständnis verkürzt=2,abgebrochen=3,disziplinarisch entfernt=4 45

B36 STAT.GRUPPE A=1,B=2,C=3,D=4,E=5,F=6,G=7,H=8,I=9 46

B37 RÜCKFALL WÄHREND KUR nein=0,ja=1 47

PROJEKT-NR. 77-80 [0][7][0]

A1 PAT.-NR. 1-3 [ ][ ][ ]

A2 KARTEN-NR.4-5 [0][2]

C FRAGEN ZUR AMBULANTEN THERAPIE

C1 TEILNAHME AMBULANTE THERAPIE
ja=1,entschuldigt=2,unentschuldigt gefehlt=3

1. - 5. Sitzung	[ ] 6	[ ] 7	[ ] 8	[ ] 9	[ ] 10
6. - 10. Sitzung	[ ] 11	[ ] 12	[ ] 13	[ ] 14	[ ] 15
11.- 15. Sitzung	[ ] 16	[ ] 17	[ ] 18	[ ] 19	[ ] 20
16.- 20. Sitzung	[ ] 21	[ ] 22	[ ] 23	[ ] 24	[ ] 25
21.- 25. Sitzung	[ ] 26	[ ] 27	[ ] 28	[ ] 29	[ ] 30
26.- 30. Sitzung	[ ] 31	[ ] 32	[ ] 33	[ ] 34	[ ] 35
31.- 35. Sitzung	[ ] 36	[ ] 37	[ ] 38	[ ] 39	[ ] 40
36.- 40. Sitzung	[ ] 41	[ ] 42	[ ] 43	[ ] 44	[ ] 45
41.- 45. Sitzung	[ ] 46	[ ] 47	[ ] 48	[ ] 49	[ ] 50
46.- 50. Sitzung	[ ] 51	[ ] 52	[ ] 53	[ ] 54	[ ] 55
51.- 55. Sitzung	[ ] 56	[ ] 57	[ ] 58	[ ] 59	[ ] 60

C2 HÄUFIGKEIT AUSPRÄGUNG 1 BEI VAR.C1 61-62 [ ][ ]

C3 HÄUFIGKEIT AUSPRÄGUNG 2 BEI VAR.C1 63-64 [ ][ ]

C4 HÄUFIGKEIT AUSPRÄGUNG 3 BEI VAR.C1 65-66 [ ][ ]

C5 ZAHL D.STATTGEFUND.SITZUNGEN D.AMBULANT.GRUPPE 67-68 [ ][ ]

C6 VERHÄLTNIS VAR.C2 ZU C5 IN % 69-70

FRAGEN AN DEN PATIENTEN

C7 HINDERNISSE FÜR TEILNAHME AN AMB.THERAPIE (Einstufung durch Ref.) nein=0,wenig gravierend=1,gravierend=2 71

C8 HABEN SIE DAS GEFÜHL,DIE AMB.GRUPPE HAT IHNEN GEHOLFEN? ja=1,teils/teils=2,entfällt,da nicht teilgenommen=0,nein=3,keine Meinung=4 72

A1 PAT.-NR. 1-3 [ ][ ][ ]

D FRAGEN AN DEN PATIENTEN A2 KARTEN-NR. 4-5 [0][3]

D1	KONTAKTE MIT MITPAT.AUSSERHALB D.AMB.GRUPPE ÜBER AMB.THERAPIE HINAUS nein=0,ja=1	6	[ ]
D2	BEIM ERSTEN RÜCKFALLFORTSETZUNG DER AMB. THERAPIE FÜR MIND.1 MONAT nein=0,ja=1, entfällt,kein Rückfall=2	7	[ ]
D3	STAT.WIEDERAUFNAHME BEI RÜCKFALL nein=0, 1x =1,häufiger=2,entfällt,kein Rückfall=3	8	[ ]
D4	SPÄTERE ENTZIEHUNGSKUR nein=0,ja=1	9	[ ]
D5	ANDERE SPÄTERE THERAPIE nichts dgl.=0,amb. psychiatr.u./od.psychotherapeut.Konsultat.=1, stat.psychiatr.u./od.psychotherapeut.Behandlung(außer Entziehungskur)=2 Besuch e.Selbsthilfegruppe(z.B.AA)=3 Sonstiges(HA,Gemeindeschwester,Sozialamt,etc.)=4	10	[ ]
D6	BEHANDLUNG AMB.U./OD.STAT.WEGEN ALKOHOLFOLGEKRANKHEIT SEIT BEENDIGUNG DER STAT.THERAPIE nein=0,ja=1	11	[ ]
D7	BEURTEILUNG DER INFORMATIONSGRUPPE pos.=1,allg. neg.=2,konkrete Kritik=3,keine Meinung=0	12	[ ]
D8	BEURTEILUNG DER THERAPIEGRUPPE pos.=1,allg.neg.=2 konkrete Kritik=3,keine Meinung=0	13	[ ]
D9	BEURTEILUNG DES ROLLENSPIELS pos.=1,allg.neg.=2, konkrete Kritik=3,keine Meinung=0	14	[ ]
D10	BEURTEILUNG DES ZWEIER U.DREIERGESPRÄCHS pos.=1, allg.neg.=2,konkrete Kritik=3,keine Meinung=0	15	[ ]
D11	WIE HABEN SIE SICH INNERHALB IHRER GRUPPE GEFÜHLT (stat.u.amb.)gut=1,weniger gut=2,schlecht=3,keine Meinung=0	16	[ ]
D12	VERSTÄNDNIS DER MITARBEITER gut=1,weniger gut=2, schlecht=3,keine Meinung=0	17	[ ]
D13	GESAMTBEURTEILUNG DES STAT.AUFENTHALTES gut=1, weniger gut=2,schlecht=3,keine Meinung=0	18	[ ]
D14	FAMILIE WICHTIGSTER HELFENDER FAKTOR NACH KUR nicht genannt=0,in Komb.genannt=1,allein genannt=2	19	[ ]
D15	BERUF WICHTIGSTER HELFENDER FAKTOR NACH KUR nicht genannt=0,in Komb.genannt=1,allein genannt=2	20	[ ]

D16 FREUND WICHTIGSTER HELFENDER FAKTOR NACH KUR (Freund entspricht Ausprägung 3 VAR.B4) nicht genannt=o,in Komb.genannt=1,allein genannt=2 — 21

D17 MITPATIENT/EN WICHTIGSTER HELFENDER FAKTOR NACH KUR nicht genannt=0,in Komb.genannt=1, allein genannt=2 — 22

D18 AA U.ANDERE SELBSTHILFEGRUPPEN WICHTIGSTER HELFENDER FAKTOR NACH KUR nicht genannt=0, in Komb.genannt=1,allein genannt=2 — 23

D19 RELIGION WICHTIGSTER HELFENDER FAKTOR NACH KUR nicht genannt=0,in Komb.genannt=1,allein genannt=2 — 24

D20 FREIZEITGRUPPE/FREIZEITBESCHÄFTIGUNG WICHTIG. HELFENDER FAKTOR NACH KUR nicht genannt=0, in Komb.genannt=1,allein genannt=2 — 25

D21 FAMILIE WICHTIGSTES PROBLEM NACH KUR nicht genannt=0,in Komb.genannt=1,allein genannt=2 — 26

D22 BERUF WICHTIGSTES PROBLEM NACH KUR nicht genannt=0,in Komb.genannt=1,allein genannt=2 — 27

D23 ALLEINSEIN WICHTIGSTES PROBLEM NACH KUR nicht genannt=0,in Komb.genannt=1,allein genannt=2 — 28

D24 MISSTRAUEN DER UMWELT WICHTIGSTES PROBLEM NACH KUR nicht genannt=0,in Komb.genannt=1, allein genannt=2 — 29

D25 SCHWIERIGKEIT ALKOHOL ABZUSCHLAGEN WICHTIGSTES PROBLEM NACH KUR nicht genannt=0,in Komb.genannt=1,allein genannt=2 — 30

D26 FINANZIELLE SCHWIERIGKEITEN WICHTIGSTES PROBLEM NACH KUR nicht genannt=0,in Komb.genannt=1, allein genannt=2 — 31

D27 SONSTIGES WICHTIGSTES PROBLEM NACH KUR nicht genannt=0,in Komb.genannt=1,allein genannt=2 — 32

D28 ZWEIERBEZIEHUNG gleicher Partner wie während Kur,zusammenlebend,keine Trennungs-oder Scheidungsabsicht=1,Trennung oder Scheidung vom damaligen Partner,dazu sehr pos.eingestellt=2,Trennungs-oder Scheidungsabsicht d. Partners,dazu pos.eingestellt=3,Trennungs-oder Scheidungsabsicht d.Partners,dazu aber nicht sehr pos.eingestellt=4,geschieden oder getrennt vom damaligen Partner,dazu nicht sehr pos.eingestellt=5 — 33

D29 ZUSTAND DER ZWEIERBEZIEHUNG viel besser=1,etwas besser=2,gleich=3,etwas schlechter=4,viel schlechter=5 — 34

D30 ZUSTAND DER ZWEIERBEZIEHUNG VOR DER KUR nicht gestört=1,etwas gestört=2,sehr gestört=3 — 35

D31 LEUGNUNG BZGL.ZWEIERBEZIEHUNG (D29=1,D30=1) nein=0,ja=1 — 36

D32 GESAMTBEURTEILUNG D.BEZIEHUNG ZUM LEBENSPARTNER — 37
erheblich besser(B3=1,B4≠1,D28=1,D29=1,D30=3,D31=0)=1
gleich gut(B4=1,D28=1,D29=3,D30=1,D31=0)=2
etwas besser(B4=1,D28=1,D29=2,D30=2 od.D28=2 od.3 und D30=3)=3
gleich schlecht(D28=1,D29=3,D30≠1)=4
schlechter(B4=1,D28=4 od.5,D29=5,D30=2 od.3;od.D31=1)=5

D33 ZAHL DER KINDER IN DER EHE keine=0,eins und mehr=1 — 38

D34 VERHÄLTNIS ZU DIESEN KINDERN besser=1,gleich gut=2, gleich schlecht=3,schlechter=4,keine Meinung=0 — 39

D35 HABEN SIE EINE FESTE FREUNDIN/FREUND nein=0,ja=1 — 40

D36 SIND SIE MIT DIESER BEZIEHUNG ZUFRIEDEN? nein=0, ja=1,unbestimmt=2 — 41

D37 WOHNGEMEINSCHAFT mit gleichem Ehepartner=1,Eltern=2, gleiche Bezugsperson=3,Wohngemeinschaft=4,allein=5, neuer Ehepartner=6,neue Bezugsperson=7 — 42

D38 HABEN SIE WOHNUNGSPROBLEME nein=0,ja=1 — 43

D39 ZAHL DER GUTEN BEKANNTEN GEGENÜBER VOR DER KUR größer=1,gleich=2,kleiner=3 — 44

D40 HAT SICH IHR BEKANNTENKREIS GEGENÜBER VOR DER KUR GEÄNDERT nein=0,ja=1,teilweise=2 — 45

D41 WIE FÜHLEN SIE SICH IN DIESEM BEKANNTENKREIS viel besser=1,etwas besser=2,gleich=3,etwas schlechter =4,viel schlechter=5 — 46

D42 QUALITÄT DER KONTAKTE VOR DER KUR sehr gut=1,gut=2, weniger gut=3,schlecht=4 — 47

D43 LEUGNUNG BZGL.KONTAKTEN (D41=1,D42=1)nein=0,ja=1 — 48

D44 FERNSEHKONSUM GEGENÜBER VOR DER KUR weniger=1, gleich=2,mehr=3 — 49

D45 KÖNNEN SIE SICH IN IHRER FREIZEIT U.AM WOCHENENDE GUT BESCHÄFTIGEN besser=1,gleich gut=2,gleich schlecht=3,schlechter=4,keine Meinung=0 — 50

D46 GESAMTBEURTEILUNG KONTAKTE — 51
erheblich besser(D39=1,D42≠1,D41=1,D43=0)=1
gleich gut(D39=2,D41=3,D42=1-2,D43=0)=2
etwas besser(D41=2,D42=3-4,D43=0,D44=1)=3
gleich schlecht(D41=,D42=3-4,D43=0,D44=3)=4
schlechter(D39=3,D41=4-5,D43=1;oder D39=3, D41=4-5,D42=2,D44=3)=5

D47 ARBEITSLOSIGKEIT nein=0,ja aber ohne Zusammenhang mit Alkohol=1,ja,im Zusammenhang mit Alkohol=2 52

D48 BERUFLICHE PROBLEME VOR DER KUR überhaupt keine=1 etwas=2,erheblich=3 53

D49 SITUATION BZGL.BERUFL.PROBLEMEN GEGENÜBER VOR KUR viel besser=1,etwas besser=2,gleich=3,etwas schlechter=4,viel schlechter=5 54

D50 LEUGNUNG BZGL.ARBEIT (D48=1,D49=1 oder D48=1 und B9≠0) nein=0,ja=1 55

D51 ZAHL DER ARBEITSPLATZWECHSEL IM KATAMNESENZEITRAUM 56

D52 WISSEN ARBEITSKOLLEGEN VON THERAPIE nein=0,ja=1 57

D53 UNTERSTÜTZEN IHRE ARBEITSKOLLEGEN SIE BEIM VERSUCH ABSTINENT ZU BLEIBEN nein=0,ja=1 58

D54 GESAMTBEURTEILUNG ARBEIT 59
erheblich besser(D47=0,D48=2-3,D49=1,D50=0 oder B9≠0,D47=0,D48=2-3,D49=1,D50=0)=1
gleich gut(B9=0,D47=0,D48=1,D49=3,D50=0)=2
etwas besser(D47=0,D48=2-3,D49=2,D50=0)=3
gleich schlecht(B9≠0,D47=1-2,D48=2-3,D49=3 oder B9=0,D47=0,D48=2-3,D49=3)=4
schlechter(B9=0,D47=1-2 oder B9=0,D47=0,D49=4-5 oder bei D51 wurden mehrere Arbeitsplatzwechsel angegeben

D55 STIMMUNG INSGESAMT VOR DER KUR sehr gut=1,gut=2 weniger gut=3,schlecht=4 60

D56 STIMMUNG INSGESAMT GEGENÜBER VOR DER KUR viel besser=1,etwas besser=2,gleich=3,etwas schlechter=4,viel schlechter=5 61

D57 LEUGNUNG BZGL.STIMMUNG (D55=1,D56=1)nein=0,ja=1 62

D58 ÄRGER UND STREITLUST GEGENÜBER VOR DER KUR viel seltener=1,etwas seltener=2,gleich häufig=3 etwas häufiger=4,viel häufiger=5 63

D59 NERVOSITÄT (Schlüssel s.D58) 64

D60 TRAURIGE STIMMUNG/ INTERESSELOSIGKEIT (Schlüssel s.D58) 65

D61 ÜBERMÄSSIGE BESORGNIS,BEUNRUHIGUNG,ÄNGSTE (Schlüssel s.D58) 66

D62 SCHLECHTE LAUNE (Schlüssel s.D58) 67

D63 ARITHMET.MITTEL VAR.D58-D62 (eine Stelle hinter Komma) 68-69

D64 GESAMTBEURTEILUNG PSYCHISCHES WOHLBEFINDEN 70
erheblich besser(D56=1,D57=0,D63 max.1,4)=1
gleich gut(D56=3,D63 max.2,3 ,D58-D62 max.4,D55=1)=2
etwas besser(D56=2,D63 max.2,4 ,D58-D62 max.3)=3
gleich schlecht(wie"gleich gut"aber D55≠1 oder wie "erheblich besser"aber D57=1)=4
etwas schlechter(D63 max.4,D58-D62 max.4,D55=4)=5
erheblich schlechter(Rest)=6

D65 RAUCHEN GEGENÜBER VOR DER KUR weniger=1,gleich=2 mehr=3 71 ☐

D66 MEDIKAMENTENEINNAHME (Schlaf-Beruhigungsmittel-Psychopharmaka-etc.) keine=0,in therapeut.Dosis=1 in höherer Dosis=2 72 ☐

D67 SYMPTOMVERSCHIEBUNG PSYCHISCH (Beurteilung durch Ref.anhand von D55-D66) nein=0,ja=1 73 ☐

D68 FÜHRERSCHEINENTZUG SEIT KUR nein=0,ja=1 74 ☐

D69 SONSTIGE RECHTLICHE PROBLEME IM ZUSAMMENHANG MIT ALKOHOL SEIT DER KUR nein=0,ja=1 75 ☐

D70 PROBLEME PARTNER DURCH ALKOHOL SEIT DER KUR nein=0,ja=1 76 ☐

A1 PAT.-NR. 1-3 [ ][ ][ ]

A2 KARTEN-NR. 4-5 [0][4]

D71 PROBLEME AM ARBEITSPLATZ DURCH ALKOHOL SEIT KUR 6 [ ]
nein=0,ja=1

D72 SONSTIGE PROBLEME DURCH ALKOHOL SEIT DER KUR 7 [ ]
nein=0,ja=1

D73 ABSTINENZ BEHAUPTET nein=0,ja=1 8 [ ]

D74 LEUGNUNG BZGL.TRINKEN (klin.Eindruck oder sonstige 9 [ ]
Informationen im Widerspruch zu D73=1)nein=0,ja=1

D75 ZEIT DES ERSTEN RÜCKFALLS (nach dem stat.Aufenthalt) 10 [ ]
entfällt,kein Rückfall=0,innerhalb von 1 Monat=1,
später,bis 3 Monate=2,später,bis 6 Monate=3,
später,bis 12 Monate=4,später,bis 18 Monate=5,
nach 18 Monaten=6

D76 AUSMASS DER RÜCKFÄLLIGKEIT kein Rückfall=0, 11 [ ]
ein leichter Rückfall=1,mehrere leichte Rückf.=2,
ein schwerer Rückfall=3,mehrere schwere Rückfälle
mit Abstinenzzeiten=4,Rückfall in altes Suchtver-
halten=5,Verschlimmerung des alten Suchtverhaltens=6

D77 TRINKVERHALTEN NACH DER STAT.THERAPIE-WANN HABEN SIE
GETRUNKEN

1.Halbjahr nein=0,ja=1 12 [ ]

2.Halbjahr nein=0,ja=1 13 [ ]

3.Halbjahr nein=0,ja=1 14 [ ]

4.Halbjahr nein=0,ja=1 15 [ ]

5.Halbjahr nein=0,ja=1 16 [ ]

6.Halbjahr nein=0,ja=1 17 [ ]

7.Halbjahr nein=0,ja=1 18 [ ]

8.Halbjahr nein=0,ja=1 19 [ ]

D78 HAUPTGRUND FÜR RÜCKFALL
a)Arbeitsplatzprobleme nicht genannt=0,in Komb. 20 [ ]
genannt=1,allein genannt=2
b)Partnerprobleme nicht genannt=0,in Komb.genannt=1 21 [ ]
allein genannt=2
c)Einsamkeit nicht genannt=0,in Komb.genannt=1, 22 [ ]
allein genannt=2
d)Sonstiges nicht genannt=0,in Komb.genannt=1 23 [ ]
allein genannt=2

D79 GESAMTBEURTEILUNG TRINKEN 24 [ ]
abstinent=1,kontrolliert=2,deutlich gebessert=3,
leicht gebessert=4,ungebessert=5,verschlechtert=6

D80 THERAPIEERGEBNIS 25 ☐

nicht zu ermitteln(nicht auffindbar,verweigert Interview,kein Kollateralinformant und keine Ersatzinformation)=0

abstinent oder abstinent nach leichtem Rückfall (D76=0 oder 1),sonst keine Verschlechterung(D32≠5, D46≠5,D54≠5,D64≠5 bzw.6),keine Symptomverschiebung (D67=0) =1

abstinent oder abstinent nach leichtem Rückfall aber Bedingung für Ausprägung 1 nicht erfüllt=2

nicht abstinent,aber Besserung d.Trinkverhaltens und keine sonstige Verschlechterung,keine Symptomverschiebung=3

nicht abstinent aber Besserung des Trinkverhaltens und sonstige Verschlechterung oder Symptomverschiebung=4

Kein pos.Einfluß der Therapie auf das Trinkverhalten feststellbar(D79=5 oder 6)=5

D81 KOLLATERALINFORMANT

Partner	nein=0,ja=1	26	☐
Verwandte	nein=0,ja=1	27	☐
Sonstige	nein=0,ja=1	28	☐

D82 ERSATZINFORMATION (Akten UNK und Akten anderer Ärzte und Kliniken) nein=0,ja=1 29 ☐

D83 FALLS PATIENT VERSTORBEN 30 ☐
an den Folgen oder im Zusammenhang mit Alkohol=1
Pat.nicht im Zusammenhang mit Alkohol verstorben=2

D84 ZAHL DER MONATE SEIT BEENDIGUNG DER STAT.THERAPIE BIS ZUM INTERVIEW 31-32 ☐☐

PROJEKT-NR. 77-80 0 7 0 8

LFD.NR.EINES PAT. ☐☐☐

RAUM FÜR BEMERKUNGEN

Datum / /

LEBENSLAUF

Am 11.10.1953 wurde ich, Reiner Wilhelm Keuerleber, als drittes von fünf Kindern des Arbeiters Wilhelm Keuerleber und seiner Ehefrau Hilde geb. Mögle in Aich geboren.

Nach dem Besuch der Grundschule in Aich und des Max-Planck-Gymnasiums in Nürtingen bestand ich am 20.6.1972 das Abitur.

Bis zum Beginn des Zivildienstes am 26.2.1973 arbeitete ich in einer Fabrik. Bis zum 15.6.1974 leistete ich den Zivildienst im Katharinenhospital Stuttgart ab.

Anschließend arbeitete ich als Krankenpflegehelfer auf verschiedenen Stationen des Kreiskrankenhauses Nürtingen bis zu meiner Zulassung zum Medizinstudium im Oktober 1977. Meine Tätigkeit als Krankenpfleger unterbrach ich einmal für die Dauer von drei Semestern, als ich an der Universität Tübingen die Fächer Anglistik, Geschichte und Physik studierte.

Bis zur Ärztlichen Vorprüfung, die ich am 28.8.1979 bestand, war ich an der Universität Ulm immatrikuliert. Danach wechselte ich an die Universität Tübingen. Das Staatsexamen bestand ich am 5.4.1984 in Tübingen sowie den mündlichen Teil am 13.4.1984 in Ostfildern-Ruit, wo ich das Praktische Jahr absolvierte.

Seit dem 1. Juli 1984 arbeite ich als Stationsarzt an der Fachklinik für Innere Medizin und Psychosomatik der LVA Niedersachsen in Clausthal-Zellerfeld im Harz.

Offsetdruck Spengler
Lessingstraße 4 · 7401 Neustetten 1
Telefon (0 74 72) 2 21 45